Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO.26

Political Elites and their Influence on Health-Care Reform in Canada

by

John N. Lavis, M.D., Ph.D.

McMaster University

October 2002

103-06742/

Catalogue No. CP32-79/26-2002E-IN

ISBN 0-662-32966-X

Although the views expressed in the paper are those of the author(s), each of the papers was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR) of the Canadian Institute of Health Research for their oversight and administration of the peer-review process for these papers. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

Contents

Highlights	**iv**
Executive Summary	**v**
Introduction	**1**
Studying Political Elites	**3**
Political Elites' Support for and Opposition to Reforms that Implicate the Core Bargains	**5**
Political Elites' Influence on Reforms that Implicate the Core Bargains	**8**
How Political Elites Influence Reforms that Implicate the Core Bargains	**12**
Service-Integration Efforts and their Effects on Political Elites	**14**
Caveats	**16**
Implications	**17**
Conclusion	**19**
References	**20**

Highlights

- Two core bargains underpin Medicare: the 'private practice, public payment' bargain with physicians, and the 'private ownership, public payment' bargain with hospitals. Provincial government officials have the sole authority to make decisions about physician and hospital services. Three groups have the most to win or lose from these decisions: federal government officials, physician associations, and hospital associations. These groups can be considered political elites.

- Political elites' support for and opposition to reforms that implicate the core bargains have not remained constant over time. Their positions have always hinged on the circumstances surrounding the proposals in play at any given time, including the strength of the forces supporting changes to the core bargains.

- Federal government officials appear to have been most influential when the electoral resources that accrue from the 'public payment' element of the core bargains were at stake. Physician associations appear to have been most influential when the professional autonomy that follows from elements of the core bargain with physicians was at stake. Hospital associations have been far less influential.

- Political elites have exerted their influence directly by voicing their opposition publicly, as well as behind closed doors. But they have also exerted their influence indirectly by engendering an anticipatory reaction on the part of provincial government officials: these officials anticipated opposition and did not feel they had the necessary political resources to take on this opposition.

- Physician associations' potential influence on subsequent reform proposals that implicate the core bargains appears little different after a decade of service-integration efforts. Hospital associations' potential influence appears, if anything, further diminished.

- Three ways forward are proposed:
    - Establish a credible commitment between the federal and provincial governments about the public payment element of the two core bargains to stop the finger pointing that allows both to avoid accountability.
    - Establish a credible commitment between provincial governments and physician associations about the professional autonomy elements of the core bargain with physicians to reconcile physicians' strong desire for professional autonomy with many other groups' strong desire for new primary-care delivery models.
    - Plan now to increase opportunities for and diminish constraints on the next round of health-care reform by investing in training for new groups to acquire the knowledge, skills, and political resources to act as a countervailing influence on political elites privileged by past or current reforms.

Executive Summary

Provincial government officials have the sole authority to make decisions about physician and hospital services. Three groups have the most to win or lose from these decisions: federal government officials, physician associations, and hospital associations. Reform that involves these groups, which can be called political elites, is perceived to be difficult to achieve without their support. This paper addresses the question: "How do political elites' interests and perspectives influence change in health care, either as barriers to or facilitators of change?"

Studying Political Elites

The influence of political elites on change in health care can vary dramatically according to the domain under discussion. This paper focuses on the influence of political elites on possible changes to the two core bargains that underpin Medicare:

1. private practice for physicians with (first-dollar, one-tier) public (fee-for-service) payment; and
2. private (not-for-profit) hospitals with (first-dollar, one-tier) public payment.

These bargains embody many of the core values that Canadians hold, rule out some policy alternatives under discussion, and influence the likelihood that seemingly unrelated policy alternatives could be adopted. This paper adopts a case survey approach to study the influence of political elites on real and proposed changes to the two core bargains, drawing conclusions from a survey of detailed case studies of particular policy decision-making processes that have been conducted by others.

Political Elites' Support for and Opposition to Reforms that Implicate the Core Bargains

Political elites' support for and opposition to reforms that implicate the core bargains have not remained constant over time. Political elites' positions appear always to have hinged on the circumstances surrounding these decisions. Certainly, any decision that would have (on balance) diminished the electoral or financial resources of a particular group, or threatened its autonomy, has typically been opposed by the group (and vice versa). But political elites' positions are also influenced by the strength of the forces supporting the core bargains.

Political Elites' Influence on Reforms that Implicate the Core Bargains

Federal government officials appear to have been most influential when the electoral resources that accrue from the 'public payment' elements of the core bargains were at stake (e.g., banning extra-billing by physicians). Physician associations appear to have been most influential when the professional autonomy that follows from the 'private practice' and 'fee-for-service' elements of the core bargain with physicians was at stake (e.g., primary-care reform).

How Political Elites Influence Reforms that Implicate the Core Bargains

Federal government officials have exerted their influence directly – by voicing their opposition both publicly and behind closed doors – to help create, entrench, and maintain the public payment element of the two core bargains. But they have also reaped the benefits of their sources of influence in indirect ways, by engendering an anticipatory reaction on the part of provincial government officials: these officials anticipated opposition and did not feel they had the necessary political resources to take on this opposition. Physician associations have also exerted their influence both directly and indirectly to entrench the 'private practice' and 'fee-for-service payment' elements of their bargain with provincial governments. Physician strikes have been rare in Canada and largely unsuccessful.

Service-Integration Efforts and their Effects on Political Elites

Over the last decade, a number of service-integration efforts – most notably regionalization – have had profound effects on hospitals' autonomy and, if anything, have further diminished the potential influence of hospital associations on reforms that implicate the core bargains. Service-integration efforts such as primary-care reform pilot projects and regionalization have typically preserved physicians' autonomy and largely left them alone as the fixed components in a system around which everything else is shuffled. Physician associations' potential influence on subsequent reform proposals that implicate the core bargains appears little different after a decade of service-integration efforts.

Caveats

This paper addresses the influence of federal government officials, physician associations, and hospital associations on decisions in which the core bargains with physicians and hospitals were implicated. But the efforts of these political elites in other domains can have important spillover effects on the 'core' of our provincial health-care systems (i.e., on hospital-based and physician-provided care). Also, this paper shines a light on political elites as an important and often neglected factor in the dynamics of health-care reform. But their role can be overstated. Other factors, such as public opinion, research knowledge and political institutions, also have a profound influence on health-care reform.

Implications

Based on this analysis, I propose three ways forward. First, establish a credible commitment between the federal and provincial governments about the public payment element of the two core bargains and any new bargains under consideration (e.g., prescription drugs and home care). The most pressing concern for health care in Canada is the finger pointing between federal and provincial government officials that allows both to avoid accountability (and, when appropriate, blame). Second, establish a credible commitment between provincial governments and physician associations about the professional autonomy element of the core bargain with physicians. The second most pressing concern for health care in Canada is the inability of

provincial government officials and physician associations to reconcile physicians' strong desire for professional autonomy with many other groups' strong desire for new primary-care delivery models. Third, plan now to increase opportunities for and diminish constraints on the next round of health-care reform by investing in training for new groups (e.g., nursing and home care associations) to acquire the knowledge, skills, and political resources to act as a countervailing influence on political elites privileged by past or current reforms.

Introduction

There have been numerous and sustained calls for significant reform of health care in Canada. Commissions and task forces have recommended many changes, including service integration, user charges, primary-care reform, and evidence-based practice (see, for example, Alberta – Premier's Advisory Council on Health 2001; Quebec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux 2001; Saskatchewan – Commission on Medicare 2001). The Canadian public began to call for large changes in the health-care system in the early 1990s – a significant change after many years of being generally satisfied with the system, unlike the citizens of many other countries (Donelan, Blendon, Schoen, et al. 1999). But reform has been difficult to achieve (Lewis, Donaldson, Mitton, and Currie 2001). In other countries, scholars and the media often identify political institutions – especially the many veto points at which opponents can kill reform efforts, coupled with powerful opponents to reform – as an important explanation for inertia (Immergut 1992; Marmor 2000; Morone 1992). In Canada, with our relative lack of veto points, scholars and the media are more likely to identify political elites as a reason for our lack of health-care reform.

Who are these political elites, and how do they influence the prospects for change and for improved cooperation in bringing about change? The elites can include government officials at both the federal and provincial level who are engaged in constant finger pointing over health care, with federal government officials repeatedly saying to their provincial counterparts "administer the system better" and with provincial government officials responding "give us the money we need to run the system properly." Meaningful reform of any kind is difficult to achieve amidst such a dynamic, which some have called the "politics of blame avoidance" (Weaver 1986; Pierson 1995). The elites can also include representatives from the dominant health-care provider associations, especially physician and hospital associations (and more recently regional health authority associations), and representatives from biomedical industries and disease-based groups. Meaningful reform that involves these groups is perceived to be difficult to achieve without their support.

This paper addresses the general question: "How do political elites' interests and perspectives influence change in health care, either as barriers to or facilitators of change?" More specifically, the paper addresses the following four questions:

1. Which major reform efforts (both structural and substantive) have generally been supported by political elites, which have been opposed, and what explains these patterns of support and opposition?
2. Which major reform efforts (both whether change occurs and the nature of the change) have generally been most influenced by political elites, which have been least influenced, and what explains these patterns of influence or lack of influence?
3. How do political elites influence major reform efforts?
4. To what extent have regionalization and other approaches to integrating services altered whether and how political elites influence major reform efforts?

The paper does not, however, assess the relative importance of political elites compared to other factors (such as public opinion, research knowledge, or political institutions) in their influence on health-care reform; its goal is to shine a light on political elites as an important and often neglected factor in the dynamics of health-care reform.

Studying Political Elites

The influence of political elites on change in health care can vary dramatically according to the domain under discussion. For example, physician associations may be particularly influential when Canadian provincial governments are considering changes to physician-remuneration mechanisms. Pharmaceutical companies may exert significant leverage over changes to the Canadian federal government's prescription-drug patent legislation. These political elites do not arise spontaneously, however, they are in large part created. Past reforms have privileged some groups over others, and over long periods of time groups acquire the knowledge, skills, and political resources to occupy the position created for them (Pierson 1993; Pierson 2000). A physician association in a more market-driven health-care system such as the United States would exert little influence when health-maintenance organizations consider changing how they remunerate physicians. Similarly, pharmaceutical companies would have little leverage in a country that lacks a large research-based pharmaceutical industry.

This paper focuses on the influence of political elites on possible changes to the two core bargains that underpin Medicare through the *Canada Health Act*:

1. private practice for physicians with (first-dollar, one-tier) public (fee-for-service) payment (called the 'private practice, public payment' bargain by Naylor 1986); and
2. private (not-for-profit) hospitals with (first-dollar, one-tier) public payment (the 'private ownership, public payment' bargain).

The payment features of the two core bargains are common to both physician-provided and hospital-based services: cost-sharing is prohibited for insured services (which guarantees first-dollar coverage), as is private insurance to cover these insured services (which supports a one-tier system). Most Canadian physicians work in private practice and are remunerated on a fee-for-service basis. Exceptions include physicians working in organizations such as Quebec's Centres locaux de services communautaires or Ontario's Health Service Organizations. Almost all Canadian hospitals operate as not-for-profit organizations owned by local communities or religious charities. Exceptions include publicly owned facilities such as the now phased-out public psychiatric hospitals and the for-profit cosmetic surgery facilities in Ontario.

Studying the influence of political elites on real and proposed changes to these two core bargains can provide a particularly illuminating window into the politics of health-care reform in Canada. These bargains embody many of the core values that Canadians hold: an aversion to people profiting from others' illness and an attachment to allocating health care based on need, not ability and willingness to pay (Mendelsohn 2002). These bargains also rule out some policy alternatives under discussion, such as user fees and a two-tier system for insured hospital-based and physician-provided services, and the bargains would have to be re-opened before these policy alternatives could be implemented. Moreover, these bargains influence the likelihood that seemingly unrelated policy alternatives will be adopted: service integration and major technology investments in primary care, for example, are unlikely when many physicians continue to work as solo practitioners in private practice.

This paper adopts a case survey approach to study the influence of political elites on real and proposed changes to the two core bargains, drawing conclusions from a survey of detailed case studies of particular policy decision-making processes that have been conducted by others (Gray 1991; Hacker 1998; Maioni 1995; Maioni 1998; Naylor 1986; Taylor 1987; Tuohy 1999). Sampling from the pool of available political analyses was conducted in two stages: 1) decisions in which a core bargain was implicated were identified (for a total of six decisions); and 2) political elites that faced concentrated benefits or costs in each decision (typically physician associations and hospital associations) were identified. Data about political elites' support for and opposition to each of the six decisions, and their influence on each decision, were then extracted from the political analyses. In doing so, however, the paper strives to recognize the dynamic nature of these decision-making processes.

Two definitional issues arise from this approach. First: What constitutes a political elite when the analysis is focused on decisions involving the two core bargains? A group can comprise a political elite when its voice is privileged in a debate about a change to one of the core bargains. Physician associations like the Canadian Medical Association and their provincial counterparts clearly fall into this group (while provincial medical colleges, the profession's regulatory bodies, do not). Hospital associations also fall into this group. But a group need not be a stakeholder to be considered a political elite. The federal government has responsibility as an overseer and partial source of finance: its voice is clearly privileged in a debate about a change to one of the core bargains, so it too can be considered a political elite. For the purposes of this paper, provincial governments are not considered to be a political elite, however, because they constitute the final authority on physician and hospital services (as established by the *British North America Act*). Provincial government officials are the decision-makers that political elites try to influence. For both political elites and the provincial government officials that they are trying to influence, it is important to recognize that groups are not monolithic: physician and hospital associations and government officials, for example, are comprised of sub-groups that may hold very different views than the dominant faction.

Second: What constitutes health-care reform when the analysis is focused on decisions involving the two core bargains? For simplicity, the paper uses the term health-care reform to refer to changes to the two core bargains that underpin Medicare (i.e., the core bargains with physicians and hospitals). Whether these changes constitute 'major' or 'meaningful' reform, a good outcome or a bad outcome, a likely possibility or a remote one, is left to the discretion of the reader. My colleagues and I have argued elsewhere, based on a historically grounded political analysis, that incremental changes probably offer more potential in the long-run for primary-care reform given that such reform likely requires a revisiting of the core bargain with physicians (Hutchison, Abelson, and Lavis 2001) – a possibility that we considered unlikely at the time. But this paper is about identifying insights based on an analysis with a longer time frame – a time frame that includes the decisions to create and entrench the two core bargains – and thus about identifying insights that can be used to inform whether and how to craft a new political bargain.

Political Elites' Support for and Opposition to Reforms that Implicate the Core Bargains

Five major decisions about Canada's provincial health-care systems have implicated a core bargain (Table 1). In three decisions that involved all provincial health-care systems, federal government officials faced concentrated benefits (e.g., continued electoral office with a minority government in 1966) and concentrated costs (e.g., a substantial increase in financial obligations in 1945). In the three decisions that implicated the core bargain with physicians, the members of physician associations faced concentrated benefits (e.g., guaranteed payment for services provided by physicians in Saskatchewan in 1961 and across the country in 1966) and concentrated costs (e.g., lost income from extra-billing for physician services in 1984). Similarly, in the two decisions that implicated the core bargain with hospitals, the members of hospital associations faced concentrated benefits (e.g., guaranteed payment for services provided by hospitals in Saskatchewan in 1946 and across the country in 1957) and concentrated costs (e.g., lost income from patients who could pay for a 'higher' level of care in 1957).

The one major proposal that was not acted upon would have generated additional bargains involving prescription drugs, home care, and dental care. Members of pharmaceutical company associations, nursing associations, and dental associations would have faced concentrated benefits and costs if this recommendation had been acted upon. Because these political elites did not face concentrated benefits and/or costs in subsequent decisions, however, the remainder of the discussion will focus on federal government officials, physician associations, and hospital associations.

Political elites' support for and opposition to reforms that implicate the core bargains have not remained constant over time (Table 1). Federal government officials, for example, weakly opposed establishing the public payment bargain with hospitals *initially*, in large part because of concerns about its budgetary implications. But these officials came around to weakly support the bargain when Ontario's strong declaration of support brought to the fore electoral advantages that outweighed any financial concerns. Physician associations provided grudging support or at least muted opposition to the health insurance proposal in 1945 and yet they opposed all subsequent reforms that implicated the core bargains.

What explains the pattern in political elites' support for and opposition to reforms that implicate the core bargains? Political elites' positions appear always to have hinged on the circumstances surrounding these decisions. Certainly, any decision that would have (on balance) diminished the electoral or financial resources of a particular group, or threatened its autonomy, has typically been opposed by the group. The opposite also holds true: any decision that would have increased a group's electoral or financial resources or its autonomy has typically garnered their support. But a number of political analysts have concluded that political elites' positions are also influenced by other contextual factors, most notably by the strength of the forces supporting the core bargains (Hacker 1998; Maioni 1998; Taylor 1987; Tuohy 1999). Physician associations, for example, provided grudging support or at least muted opposition to one proposal that enjoyed widespread political and public support - the health insurance proposal in 1945. Given the limited opportunities for a veto in a parliamentary system with a party-government regime such as we have in Canada, once support builds for a particular decision it can become an exercise in frustration to oppose it formally (Hacker 1998; Maioni 1998).

Table 1
Political Elites' Responses to Major Decisions and Recommendations Involving the Core Bargains with Physicians and Hospitals

Decisions[1]	Major Elements	Response to Decision or Recommendation[2]		
		Federal Government Officials	Physician Associations	Hospital Associations
Health Insurance Proposal (1945)	• Failed attempt to introduce coverage for general practitioner-provided care, visiting nurse-provided care, and hospital-based care and (in later stages) medical specialist-provided care, other nurse-provided care, pharmaceuticals, laboratory services, and dental services	Weak support (relative to support in some provinces such as Saskatchewan)	Weak support	Weak support
Saskatchewan Hospital Services Plan (1946)	• Established (first-dollar, one-tier) public payment for hospital-based care • Enshrined the 'private ownership / public payment' bargain for hospitals	Neutral	Weak opposition	Weak opposition
National Hospital Plan (1957)	• Extended public health care regime to rest of Canada	Weak opposition then weak support (relative to support in some provinces such as Ontario)	Weak opposition	Weak opposition
Saskatchewan Medical Insurance Act (1961)	• Established (first-dollar, one-tier) public (fee-for-service) payment for physician-provided care • Enshrined the 'private practice / public payment' bargain for physicians	Neutral	Strong opposition (including a physicians' strike in 1962)	Not assessed
National Medical Care Act (1966)	• Extended public health care regime to rest of Canada	Weak support (relative to support of coalition partner and to support in some provinces such as Saskatchewan)	Weak opposition in some provinces and strong opposition in Quebec (including a physicians' strike in 1971)	Not assessed
Canada Health Act (1984)	• Banned extra-billing by physicians (thereby reaffirming first-dollar coverage for physician-provided care) • Entrenched the 'private practice / public payment' bargain for physicians	Strong support	Weak opposition in some provinces and strong opposition in Ontario (including a physicians' strike in 1986)	Not assessed

[1] Sources: Taylor (1987), Tuohy (1999).

[2] Sources: Gray (1991), Hacker (1998), Maioni (1995), Maioni (1998), Naylor (1986), Taylor (1987), Tuohy (1999).

A caveat: deducing political elites' support for and opposition to reforms that implicate the core bargains can be difficult for political analysts. The historical record can sometimes tell a very different story when groups like federal government officials and physician and hospital associations hold privileged positions in decision-making, as they do when the decisions implicate the core bargains. Federal government officials, for example, can convey their views informally through intergovernmental fora. Similarly, physician and hospital associations are often given the opportunity to participate in the decision-making process through "joint management committees" in exchange for the information and expertise they can bring to the process and the compliance of their members once a decision has been made. This form of elite accommodation has been called a "clientele pluralism" network (Coleman and Skogstad 1990).

Political Elites' Influence on Reforms that Implicate the Core Bargains

Despite the opposition to the introduction of the core bargains (and their entrenchment in the *Canada Health Act*) and the support in some quarters for these core bargains to be repealed, the 'private practice, public payment' bargain with physicians and the 'private ownership, public payment' bargain with hospitals remain intact. The majority of physicians continue to work in private practice and the vast majority of physicians have the option to do so. Almost all hospitals are private, not-for-profit facilities. Insured physician-provided and hospital-based services continue to be paid for by provincial health-care insurance plans. Physicians and (to some degree) hospitals remain the fixed components of a system around which everything else is shuffled. By this I do not mean that the financial resources of physicians and the financial resources and autonomy of hospitals have not suffered over the last decade, but that the core bargains have proved remarkably resilient, in large part because of the influence of political elites.

Two groups of political elites appear to have most influenced both whether reform that implicates the core bargains occurs and the nature of the change (Gray 1991; Hacker 1998; Maioni 1998; Taylor 1987; Tuohy 1999). Federal government officials have been influential as a force for the entrenchment of the core bargains (e.g., maintenance of public payment for insured physician-provided and hospital-based services in the *Canada Health Act* of 1984) and as a force against proposed repeals of an element of the core bargains (e.g., introduction of user charges and thus a move away from first-dollar coverage of these insured services). Physician associations have also been influential as a force for the entrenchment of elements of the core bargains (e.g., maintenance of private practice and fee-for-service remuneration in the *National Medical Care Act* of 1966) and as a force against proposed repeals of an element of the core bargains (e.g., primary-care reform that involves a change in the physician-remuneration method from fee-for-service to capitation). Hospital associations have been far less influential, especially in recent times. Their influence was not even examined explicitly in political analyses of the *Saskatchewan Medical Insurance Act* (1961), *National Medical Care Act* (1966) or *Canada Health Act* (1984).

What explains the pattern of political elites' influence on reforms that implicate the core bargains? Consider, for example, the changes recommended by recent commissions and task forces (Table 2). Grouping the changes by policy category (following Lavis, Hurley, Ross, et al. 2002) does not provide much illumination: 'big' policy changes such as regionalization were as likely to be implemented as smaller scale policy changes such as revisions to scopes of practice. But identifying changes that implicate one of the two core bargains that have been studiously maintained for more than 30 years does provide illumination.

Federal government officials appear to have been most influential when the electoral resources that accrue from the 'public payment' elements of the core bargains were at stake. They have consistently rebuffed initiatives to increase the share of financing borne by individuals through out-of-pocket payments (i.e., user charges) or private-insurance premiums and/or create a two-tier system for physician-provided and hospital-based care. Opinion polls

clearly indicate that these initiatives would be unpopular with voters (Mendelsohn 2002). Not surprisingly, these officials have been least influential when the electoral advantages were not as clear-cut, such as with primary-care reform that involves a change to physician-remuneration methods. While federal government officials created a transition fund to promote innovation in primary-care delivery, provincial government officials have made the decisions about which models would be implemented and evaluated.

Physician associations appear to have been most influential when the professional autonomy that follows from the 'private practice' and 'fee-for-service' elements of the core bargain with physicians was at stake. For example, they have successfully opposed any primary-care reform effort that would have changed physician-remuneration methods from fee-for-service to capitation (Hutchison, Abelson, and Lavis 2001). Indeed, the professional autonomy of physicians has suffered far more at the hands of private actors in the United States than at the hands of public actors in Canada (Grumbach and Bodenheimer 1990; Schlesinger 2002). Provincial government officials have been consistently unwilling to make decisions about reforms that might undermine the core bargain that governs their relationships with physicians. That said, these officials have certainly been willing to contain costs through a number of mechanisms that targeted physicians, which is likely the domain in which physician associations have had the least influence.

Table 2
Changes Recommended by Recent Commissions and Task Forces[1]

Policy Category	Proposed Policy Change	Political Bargain Implicated?	If Political Bargain Implicated, Who Could Lose (Gain) What?
Governance	Regionalization[2]	No unless hospital boards are replaced by regional boards	N/A
	Service integration[3]	Yes if it involves physicians or hospitals	Physicians and hospitals could lose autonomy
	Hospital restructuring[4]	Yes	Hospitals could lose financial resources and autonomy
Financial Arrangements	Change in public/private mix ▪ Increase use of for-profit delivery (one type of privatisation)[5] ▪ Increase share of financing borne by individuals through out-of-pocket payments or private insurance premiums (another type of privatisation)[6] ▪ Decrease share of financing borne by individuals through out-of-pocket payments or private insurance premia (e.g., pharmaceuticals and home care)[7]	 Yes if it involves hospitals Yes if it involves physicians or hospitals No	 Hospitals could lose financial resources Physicians and hospitals that treat poor (rich) patients could lose (gain) resources and federal government officials could lose electoral resources N/A
	User charges[7,8]	Yes if it involves physicians or hospitals	Physicians and hospitals that treat poor (rich) patients could lose (gain) resources and federal government officials could lose electoral resources

1 For reviews of the changes recommended by commissions and task forces in the more distant past, see Angus (1991) and Mhatre and Deber (1992).

2 See, for example, Quebec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) on regionalization in Quebec, and Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990) on regionalization in Saskatchewan.

3 See, for example, Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) on service integration through primary-care networks in Saskatchewan.

4 See, for example, Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990) and Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) on hospital restructuring in Saskatchewan, and Ontario – Health Services Restructuring Commission (2000) on hospital restructuring in Ontario.

5 See, for example, Canada – Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2001).

6 See, for example, Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) on increasing the share of financing borne by individuals on physician-provided and hospital-based care through de-listing services and charging variable premia.

7 See, for example, Canada – National Forum on Health (1997) on decreasing the share of financing borne by individuals on pharmaceuticals and home care through new national programs, and Quebec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001) on decreasing the share of financing borne by individuals on long-term care through a new long-term care insurance program.

8 User charges are defined as any cost to the patient that varies directly with the amount of services used (the more services used, the more paid). Examples include a flat charge per service, co-insurance, deductibles, de-insurance, extra-billing, taxable benefits, and medical savings accounts.

	Two-tier[9,10]	Yes if it involves physicians or hospitals	Physicians and hospitals that treat poor (rich) patients could lose (gain) resources and federal government officials could lose electoral resources
Delivery Arrangements	Primary-care reform with or without capitation payment for physicians[11]	Yes	Physicians could lose financial resources and autonomy
	Revisions to scopes of practice[12]	No	N/A
Program Content	Evidence-based practice[13]	No	N/A
	More health promotion	No	N/A

---

9 See, for example, Canada – Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2001) on two-tier options in Canada.

10 A two-tier system is defined as a system that allows patients to pay extra for faster, higher quality or more comprehensive physician-provided or hospital-based care (i.e., more than just amenities).

11 See, for example, Quebec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) on primary-care reform involving alternative payment mechanisms in Quebec, Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990) and Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) on primary-care reform involving interdisciplinary teams in Saskatchewan, Quebec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001) on primary-care reform involving family medicine groups in Quebec, and Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) on primary-care reform involving alternative payment mechanisms in Alberta.

12 See, for example, Ontario – Health Professions Legislation Review (1989) on revising existing scopes of practice and establishing scopes of practice for new health professions in Ontario.

13 See, for example, Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) on the need for a Quality Council to facilitate evidence-based practice in Saskatchewan, and Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) on goal-setting to facilitate evidence-based practice in Alberta.

How Political Elites Influence Reforms that Implicate the Core Bargains

Political elites can draw on both their political resources and their financial resources to influence reforms. Federal government officials, for example, can speak directly to Canadians about the core bargains (a topic that many Canadians want to hear about), can control the agenda at federal/provincial/territorial conferences of Ministers or Deputy Ministers at which the core bargains are discussed, and can take advantage of cleavages among their provincial counterparts on issues pertaining to the core bargains. Moreover, they can use the significant financial resources available to them to steer reforms that implicate the core bargains in the direction that suits them. Physician associations can also draw on a number of sources of influence. Their members, who are still viewed by many citizens as authoritative agents acting in their best interests, speak one-on-one with about 78% of Canadians every year (Canadian Institute of Health Information 2002). Moreover, federal and provincial physician associations have large annual budgets that can be used to pay for opinion polls and advertising campaigns. Hospital associations are in a relatively weaker position: their members have neither the professional autonomy nor direct patient contact that physicians enjoy and their budgets are a small fraction of physician associations' budgets.

Political elites can use their political and financial resources to influence reforms in one of three ways. First, and least visibly, political elites exert their influence indirectly by engendering an anticipatory reaction (Lindblom 1982) on the part of provincial government officials (see, for example, Maioni 1998, p. 157). Political elites can be influential even when they do not formally oppose a reform proposal, and this constitutes an important and often overlooked type of political power (called "the second dimension of power" by Gaventa 1980). Reform proposals may never make it past the consideration stage because provincial government officials anticipate opposition from political elites (called "dominant structural interests" by Alford 1974) and do not feel they have the necessary political resources to take on this opposition. Second, and next most visibly, political elites exert their influence directly by voicing their opposition either publicly or behind closed doors. Third, and very rarely, political elites exert their influence by taking more extreme action: going out on strike. The latter two ways to exert influence have typically been the ones studied in political analyses, in large part because they lend themselves more readily to study.

Federal government officials have successfully drawn on their political and financial resources to help to create, entrench, and maintain the public payment element of the two core bargains. They have exerted their influence directly by voicing their opposition publicly as well as behind closed doors in, for example, federal/provincial/territorial conferences. But they have also reaped the benefits of these sources of influence in indirect ways: provinces are typically loath to propose a reform that implicates the public payment element of the core bargains because they know that the reaction from the federal government will be hostile. Exceptions to this general pattern do exist: Ontario and Alberta, for example, have sometimes acted under the impression that the electoral advantage to them of being seen to oppose the federal government outweighs the risk of engendering a hostile reaction.

Physician associations have also drawn on their political and financial resources, but in their case primarily to entrench the 'private practice' and 'fee-for-service payment' elements of their bargain with provincial governments. They too have exerted their influence directly by voicing their opposition publicly as well as behind closed doors in fora like the joint management committees that many provincial governments have established in conjunction with physician associations as part of their approach to elite accommodation. And they have also reaped the benefits of their political and financial resources in indirect ways: provinces have been hesitant to propose a reform that involves a move away from private practice and/or fee-for-service remuneration. Physician strikes have, however, been rare in Canada, with only one strike in each of Saskatchewan, Quebec, and Ontario. These formal protests have never succeeded in reversing a provincial government decision and they have sometimes undermined Canadians' respect for physicians and thus risked physicians losing an important source of influence.

Service-Integration Efforts and their Effects on Political Elites

Over the last decade a number of policy initiatives, many motivated in large part by a desire to integrate services, have had profound effects on hospitals. Most significantly, regionalization was accompanied in some provinces by the replacement of hospital boards with regional health authority boards. This change in governance altered a key element of the core bargain with hospitals: their autonomy as private institutions. In these provinces, hospitals remained publicly funded, not-for-profit facilities but hospital executives and managers now answer to boards that are accountable for the health of a geographically defined population, not to boards that are accountable for the role of a single facility in contributing to the health of a population from a (typically ambiguously defined) 'catchment area'. No comprehensive analyses have yet been conducted to establish whether this change in governance has led to different decisions about hospital services.

But even in provinces where regionalization was not accompanied by the replacement of hospital boards with regional health authority boards and in the one province where regionalization did not take place (Ontario), hospitals' autonomy was undermined. In Ontario, for example, a government-appointed Health Services Restructuring Commission made mock of many hospitals' autonomy through forced closures, conversions, and mergers. As well, the Ontario provincial government has appointed trustees to take over the administration of many hospitals, and has done so far more frequently than in past decades.

Unfortunately, no comprehensive political analyses of these hospital governance decisions have been conducted to determine whether hospital associations supported or opposed them. While hospital associations appear to have had little demonstrable impact on regionalization and the forms it took in different provinces, this would need to be confirmed through document reviews and elite interviews. Some hospital executives may well have supported a regionalization proposal given that it may have given them what they wanted: a larger remit (assuming that they were appointed to a comparable executive position in a new regional health authority). And while Ontario hospitals may have played a role in the Ontario provincial government's decision against regionalization, their autonomy was far from untouched at the end of the Health Services Restructuring Commission's mandate.

Similarly, no political analyses have been conducted on hospital associations' (or regional health authorities') influence on subsequent reform proposals that implicate the core bargains. Certainly, their purview does not include these domains. For example, hospital and regional health authority associations cannot consider new financing arrangements (e.g., user charges for hospital-based and physician-provided care) or new remuneration and delivery arrangements that involve physicians. And the hospital governance decisions over the last decade have, if anything, diminished further the potential influence of hospital associations on reforms that implicate the core bargains. While it appears that regional health authority representatives have emerged as a somewhat influential political elite in Quebec – where they have had several decades to acquire the knowledge, skills, and political resources to influence some aspects of the decision-making process – and the same is occurring in provinces that undertook regionalization more recently,

the influence of regional health authority associations would also need to be confirmed through document reviews and elite interviews.

Over the last decade, a myriad of primary-care reform pilot projects – many motivated in large part by a desire to integrate services – have been launched, albeit with little apparent effect on the core bargain with physicians (Hutchison, Abelson, and Lavis 2001). These projects have typically preserved physicians' autonomy by letting them choose whether and how they participate in a project and often by including a fee-for-service element in a blended remuneration method. Regionalization also had little apparent effect on the core bargain: physician services were excluded from regional funding envelopes in every Canadian province. Again, no political analyses of these regionalization decisions have been conducted to determine whether physician associations supported or opposed them, but the decisions were certainly consistent with physicians' desire for autonomy. Physicians, if not always hospitals, remain the fixed components in a system around which everything else is shuffled.

Physician associations' potential influence on subsequent reform proposals that implicate the core bargains appears little different after a decade of service-integration efforts. The primary-care reform pilot projects and the regionalization decisions of the past decade have, if anything, confirmed the influence of physician associations on reforms that implicate the core bargain with physicians. The one change that may diminish this influence over time is physicians' work preferences, especially among female physicians who represent a growing proportion of physicians (Woodward, Ferrier, Cohen, and Brown 2001).

Caveats

This paper addresses the influence of political elites that faced concentrated benefits or costs (i.e., federal government officials, physician associations, and hospital associations) in decisions in which the core bargains with physicians and hospitals were implicated. By design, it focused on what is a relatively "closed" world (Berry 1989), albeit one that representatives from biomedical industries and disease-based groups can occasionally influence. Some groups, such as cardiovascular disease and cancer groups, may attempt to buy their way into this closed world by putting money into public/private partnerships. Other groups, such as HIV and breast cancer groups, may attempt to open it up so that they too can participate (called "socializing conflict" by Schattschneider 1970). More often, these groups remain focused on other domains, most notably primary care (e.g., Hutchison, Abelson, and Lavis 2001), chronic care (e.g., Baranek, Deber and Williams 1999), rehabilitation care (e.g., Gildiner 2001), and prescription drugs (e.g., Wiktorowicz and Deber 1997).

But the efforts of these political elites in other domains can have important spillover effects on the 'core' of our provincial health-care systems. For example, recent research on the rehabilitation sector, a part of the health-care system that has undergone a wholesale (and largely passive) privatisation in provinces such as Ontario over the last 15 years, has highlighted how a series of decisions made by a group of political elites – the insurers that provide automobile insurance, the employers that pay workers' compensation premiums, the for-profit rehabilitation companies that provide rehabilitation care, and the provincial governments and boards that regulate them – has created a second-tier of rehabilitation care (Gildiner 2001). This second tier is an option of last resort for individuals who did not sustain an injury either in an automobile accident or at work, and who cannot afford to pay the full cost of care (i.e., for many of the individuals who have been treated for acute injuries by physicians or in hospitals).

This paper shines a light on political elites as an important and often neglected factor in the dynamics of health-care reform. But their role can be overstated. Other factors, such as public opinion, research knowledge, and political institutions, also have a profound influence on health-care reform. That said, we have a growing body of research knowledge about what works and doesn't work, and we have political institutions that offer at least the potential to minimize the capacity of narrowly focused groups to veto proposed changes. The question of how best to break out of our current patterns of engagement with political elites therefore warrants consideration even if these elites are not the sole influence on health-care reform.

Implications

Based on this analysis, I propose three ways forward. The first way forward involves establishing a credible commitment between the federal and provincial governments about the public payment element of the two core bargains. The most pressing concern for health care in Canada is the finger pointing between federal and provincial government officials that allows both to avoid accountability (and, when appropriate, blame). This finger pointing has existed for a long time but it has escalated in recent years with Ontario and Alberta provincial government officials' transition from problem-solvers to problem-makers within the federation. The result is the elevation of sectoral politics (where the focus of the entire policy community is on health care) to 'high' politics (where the focus turns to federal/provincial relations and health care is used as a political football). Meaningful reform of any kind is difficult to achieve when so much time is spent finger pointing.

A credible commitment between the federal and provincial governments should specify the 'public payment' elements of the two core bargains and any new bargains under consideration. For example, the commitment should specify whether (first-dollar, one-tier) public payment for physician-provided and hospital-based care will continue as specified in the two core bargains, whether public payment for prescription drugs and home care (as two possible examples) will be entrenched as new core bargains, the level or share of financing that the federal government will provide to provincial governments, and the nature of provincial governments' accountability for the performance of provincial health-care systems that federal government officials and the Canadian public can reasonably expect. Surely creative minds in federal and provincial departments of intergovernmental affairs can craft a commitment that ensures that the political benefits that accrue to both sides from a commitment are greater than the political costs to either side of withdrawing from or not supporting it. The time for blame avoidance is over.

The second way forward also involves establishing a credible commitment, this time between provincial governments and physician associations about the professional autonomy element of the core bargain with physicians. After the finger pointing between federal and provincial government officials over health care, the next most pressing concern for health care in Canada is the inability of provincial government officials and physician associations to reconcile physicians' strong desire for professional autonomy (which does serve an important social purpose) and many groups' (including some physicians') strong desire for, say, organizational models that facilitate access to a comprehensive range of health care, funding mechanisms that provide incentives for team-based delivery models and evidence-based care, and technological innovations that will enhance the quality of drug prescribing. Meaningful primary-care reform is difficult to achieve when the issue of professional autonomy is not given attention.

A credible commitment between provincial governments and physician associations should specify the proposed elements of a new core bargain with physicians. For example, the commitment should specify the organizational model within which physicians will work, the funding mechanisms through which they will be paid, the technology that they will have available to them, the working conditions that they can expect, the one-time transition costs that will be covered, and the nature of their accountability for the performance of the primary-care system that provincial government officials and the Canadian public can reasonably expect.

Surely creative minds in provincial health departments and in physician associations can craft a commitment that ensures that the political benefits that accrue to provincial governments match the professional and financial benefits that accrue to physicians.

The third way forward involves planning now to increase opportunities for and diminish constraints on the next round of health-care reform by investing in training for new groups (e.g., nursing and home care associations) to acquire the knowledge, skills, and political resources to act as a countervailing influence on political elites privileged by past or current reforms. As physician associations have so well demonstrated over the last 30 years, groups can acquire the knowledge, skills, and political resources to occupy the position created for them. But given the long-standing lack of opportunities for other groups to contribute to discussions about reforms that involve the core bargains with physicians and hospitals, it will take proactive investments in training to help these groups catch up (Rachlis and Kushner 1994). Investments in nursing research and knowledge transfer funds, such as the one located at the Canadian Health Services Research Foundation, represent a step in the right direction.

Conclusion

Two political bargains, both in place for more than 30 years, have had a profound steering effect on Canada's health-care system. Changes that would meaningfully alter the political bargain with physicians have not been successful. And changes that would meaningfully alter the political bargain with hospitals have for the most part been unsuccessful as well, even though hospital associations lost some of their already limited potential to influence provincial government officials over this time period. With numerous and sustained calls for significant reform of health care in Canada, both from commissions and task forces and from the Canadian public, perhaps the time has come to act on what we've learned from past reform efforts. Doing so involves establishing credible commitments among the political elites who have much to lose (and potentially gain) by re-opening the core bargains. To avoid such credible commitments will leave provincial governments where they've been for 30 years: reforming the 'periphery' of the system while leaving its 'core' (physician-provided and hospital-based services) largely untouched.

References

Alberta – Premier's Advisory Council on Health. 2001. *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health.* Edmonton: Government of Alberta.

Alford, Robert R. 1975. *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform.* Chicago: University of Chicago Press.

Angus, Douglas E. 1991. *Review of Significant Health Care Commissions and Task Forces in Canada Since 1983-84.* Ottawa: Canadian Medical Association and Canadian Nurses Association.

Baranek, Patricia M., Raisa Deber, and Paul A. Williams. 1999. Policy trade-offs in 'home care': the Ontario example. *Canadian Public Administration* 42 (1): 69-92.

Berry, Jeffrey M. 1989. Subgovernments, issue networks, and political conflict. *Remaking American Politics*, edited by Richard A. Harris and Sidney M. Milkis. Boulder: Westview Press, p. 239-260.

Canada – National Forum on Health. 1997. *Canada Health Action: Building on the Legacy. The Final Report of the National Forum on Health.* Ottawa: Government of Canada.

Canada – Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. 2001. *The Health of Canadians – The Federal Role. Interim Report. Volume 4: Issues and Options.* Ottawa: Government of Canada.

Canadian Institute for Health Information. 2002. *Health Care in Canada 2002.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Coleman, William G. and Grace Skogstad. 1990. *Policy Communities and Public Policy in Canada: A Structural Approach.* Mississauga: Copp Clark Pitman Ltd.

Donelan, Karen, Robert J. Blendon, Cathy Schoen, et al. 1999. The cost of health system change: Public discontent in five nations. *Health Affairs* 18 (3): 206-216.

Gaventa, John. 1980. Power and participation. In *Power and Powerlessness: Quiescence and Rebellion in an Appalachian Valley.* Chicago: University of Illinois Press, p. 3-32.

Gildiner, Alina. 2001. *What's Past is Prologue: A Historical-Institutionalist Analysis of Public-Private Change in Ontario's Rehabilitation Health Sector, 1985-1999.* Toronto: University of Toronto Graduate Department of Health Administration.

Gray, Gwendolyn. 1991. *Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia.* Toronto: University of Toronto Press.

Grumbach, Kevin and Thomas Bodenheimer. 1990. Reins or fences: A physician's view of cost containment. *Health Affairs* (Winter): 120-126.

Hacker, Jacob S. 1998. The historical logic of national health insurance: Structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy. *Studies in American Political Development* 12: 57-130.

Hutchison, Brian, Julia Abelson, and John N. Lavis. 2001. Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs* 20 (3): 116-131.

Immergut, Ellen M. 1992. The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden, in *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, edited by Sven Steinmo, Kathleen Thelen and Frank Longstreth. Cambridge: Cambridge University Press, p. 57-89.

Lavis, John N., Suzanne E. Ross, Jeremiah E. Hurley, et al. 2002. Examining the role of health services research in public policymaking. *The Milbank Quarterly* 80 (1): 125-154.

Lewis, Steven, Cam Donaldson, Craig Mitton, and Gillian Currie. 2001. The future of health care in Canada. *BMJ* 323: 926-929.

Lindblom, Charles E. 1982. The market as prison. *Journal of Politics* 44: 324-336.

Maioni, Antonia. 1995. Nothing succeeds like the right kind of failure: Postwar national health insurance initiatives in Canada and the United States. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20 (1): 5-30.

Maioni, Antonia. 1998. *Parting at the Cross Roads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada.* Princeton: Princeton University Press.

Marmor, Theodore R. 2000. *The Politics of Medicare*, Second Edition. New York: Aldine De Gruyter.

Mendelsohn, Matthew. 2002. *Canadians' Thoughts on their Health Care System: Preserving the Canadian Model through Innovation.* Regina: Commission on the Future of Health Care in Canada.

Mhatre, Sharmila L. and Raisa B. Deber. 1992. From equal access to health care to equitable access to health: A review of Canadian provincial health commissions and reports. *International Journal of Health Services* 22 (4): 645-668.

Morone, James A. 1992. The bias of American politics: Rationing health care in a weak state. *University of Pennsylvania Law Review* 140 (5): 1923-1938.

Naylor, C. David. 1986. *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance 1911-1966.* Kingston: McGill-Queen's University Press.

Ontario – Health Professions Legislation Review. 1989. *Striking a New Balance: A Blueprint for the Regulation of Ontario's Health Professions.* Toronto: Government of Ontario.

Ontario – Health Services Restructuring Commission. 2000. *Looking Back, Looking Forward: The Ontario Health Services Restructuring Commission (1996-2000) Legacy Report.* Toronto: Ontario Health Services Restructuring Commission.

Pierson, Paul. 1993. When effect becomes cause: Policy feedback and political change. *World Politics* 45: 595-628.

Pierson, Paul. 1995. Fragmented welfare states: Federal institutions and the development of social policy. *Governance: An International Journal of Policy and Administration* 8 (4): 449-478

Pierson Paul. 2000. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review* 94 (2): 251-267.

Quebec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. 1988. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.* Québec: Gouvernement du Québec.

Quebec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2001. *Emerging Solutions.* Québec: Gouvernement du Québec.

Rachlis, Michael and Carol Kushner. 1994. Getting from here to there: Strategies for success. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System.* Toronto: Harper Perennial.

Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care. 1990. *Future Directions for Health Care in Saskatchewan.* Regina: Government of Saskatchewan.

Saskatchewan – Commission on Medicare. 2001. *Care for Medicare: Sustaining a Quality System.* Regina: Government of Saskatchewan.

Schattschneider, E. E. 1960. *The Semisovereign People: A Realist's View of Democracy in America.* Hinsdale: The Dryden Press.

Schlesinger, Mark. 2002. A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession. *The Milbank Quarterly* 80 (2): 185-235.

Taylor, Malcolm G. 1987. *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes.* Kingston: McGill-Queen's University Press.

Tuohy, Carolyn J. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada.* New York: Oxford University Press.

Weaver, R. Kent. 1986. The politics of blame avoidance. *Journal of Public Policy* 6 (4): 371-398.

Wiktorowicz, Mary and Raisa Deber. 1997. Regulating biotechnology: A rational-political model of policy development. *Health Policy* 40 (2): 115-138.

Woodward Christel A., Barbara Ferrier, May Cohen, and Judy Brown. 2001. Professional activity: How is family physicians' work time changing? *Canadian Family Physician* 47: 1414-1421.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 26

Les élites politiques et leur influence sur la réforme des soins de santé au Canada

par
John N. Lavis, M.D., Ph.D.
Université McMaster

octobre 2002

N° de catalogue CP32-79/26-2002F-IN

ISBN 0-662-87887-6

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	**iv**
Résumé	**vi**
Introduction	**1**
L'étude des élites politiques	**3**
Appui et opposition des élites politiques aux réformes mettant en cause les marchés principaux	**6**
Influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux	**9**
Modes d'influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux	**13**
Les efforts d'intégration des services et leurs effets sur les élites politiques	**15**
Mises en garde	**17**
Répercussions	**18**
Conclusion	**20**
Bibliographie	**21**

Points saillants

- Le fonctionnement de l'assurance-santé s'appuie sur deux marchés principaux : le marché du « cabinet privé et du paiement public » avec les médecins et le marché « de la propriété privée et du paiement public » avec les hôpitaux. Les représentants des gouvernements provinciaux sont les seuls à posséder le pouvoir de prendre des décisions concernant les services offerts par les médecins et les hôpitaux. Trois groupes ont le plus à gagner ou à perdre par suite des décisions prises par les représentants provinciaux : les représentants du gouvernement fédéral, les associations de médecins et les associations d'hôpitaux. Ces groupes peuvent être considérés comme étant les élites politiques.

- L'appui et l'opposition des élites politiques aux réformes qui mettent en cause les marchés principaux ne sont pas demeurés constants au fil du temps. Leurs prises de position semblent toujours avoir été motivées par les circonstances entourant les propositions présentées à un moment donné, y compris le dynamisme des forces qui appuyaient les changements aux marchés principaux.

- Les représentants du gouvernement fédéral semblent avoir été les plus influents lorsque les ressources électorales découlant de l'élément « paiement public » des marchés principaux étaient en jeu. Les associations de médecins semblent avoir été les plus influentes lorsque l'autonomie professionnelle qui découle des éléments du marché principal avec les médecins était en cause. L'influence des associations d'hôpitaux a été beaucoup plus limitée.

- Les élites politiques ont exercé leur influence directement en exprimant leur opposition publiquement et derrière des portes closes. Mais elles ont aussi exercé leur influence indirectement en suscitant une réaction d'anticipation de la part des représentants des gouvernements provinciaux : ces représentants prévoyaient une opposition mais ils n'avaient pas l'impression de posséder les ressources politiques nécessaires pour faire face à cette opposition.

- L'influence possible des associations de médecins sur les propositions ultérieures de réforme qui mettent en cause les marchés principaux semble peu différente après une décennie d'efforts d'intégration des services. L'influence possible des associations d'hôpitaux semble, le cas échéant, s'être atténuée davantage.

- Trois cheminements sont proposés pour l'avenir :
    - Établir un engagement crédible entre le gouvernement fédéral et les provinces concernant l'élément « paiement public » des deux marchés principaux afin de mettre un terme au blâme réciproque qui permet aux deux parties d'éviter de rendre des comptes.
    - Établir un engagement crédible entre les gouvernements provinciaux et les associations de médecins concernant les éléments d'autonomie professionnelle du marché principal avec les médecins afin de concilier les fortes aspirations des médecins en matière d'autonomie professionnelle et les fortes préférences exprimées

par de nombreux autres groupes en faveur de nouveaux modèles de prestation des soins primaires.

- Planifier dès maintenant des moyens d'augmenter les possibilités et de réduire les contraintes pour la prochaine série de réforme des soins de santé en investissant dans la formation de nouveaux groupes pour leur permettre d'acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour faire contrepoids à l'influence des élites politiques privilégiées par les réformes passées et actuelles.

Résumé

Les représentants des gouvernements provinciaux sont les seuls à posséder le pouvoir de prendre des décisions concernant les services offerts par les médecins et les hôpitaux. Trois groupes ont le plus à gagner ou à perdre par suite de ces décisions : les représentants du gouvernement fédéral, les associations de médecins et les associations d'hôpitaux. Les réformes qui mettent en cause ces groupes, que l'on peut appeler les élites politiques, sont perçues comme étant difficiles à réaliser à moins d'avoir obtenu leur appui. Dans cette étude, nous abordons la question générale suivante : « Comment les intérêts et les attitudes des élites politiques influencent-ils l'évolution du système de soins de santé, soit en faisant obstacle au changement ou en le facilitant » ?

L'étude des élites politiques

L'influence des élites politiques sur les changements dans le secteur des soins de santé peut varier considérablement en fonction du domaine considéré. Notre étude met l'accent sur l'influence exercée par des élites politiques dans le cas de changements possibles à deux marchés principaux sur lesquels s'appuie l'assurance-santé par l'intermédiaire de la Loi canadienne sur la santé :

1. L'exercice de la médecine en cabinet privé par les médecins assorti d'un système de paiement (rémunération à l'acte) public (sans franchise, à un seul niveau);
2. Des hôpitaux privés (sans but lucratif) dotés d'un système de paiement public (sans franchise, à un seul niveau).

Ces marchés incarnent plusieurs valeurs fondamentales auxquelles les Canadiens souscrivent, ils écartent la possibilité d'utiliser certaines politiques de rechange à l'étude et ils exercent une influence sur la probabilité que des politiques de rechange apparemment non reliées puissent être adoptées. Dans ce document, nous adoptons une méthode d'enquête pour analyser l'influence des élites politiques sur des changements véritables et proposés aux deux marchés principaux, en tirant des conclusions d'une enquête basée sur des études de cas détaillées de certains processus de prise de décision en matière de politique qui furent réalisées par d'autres analystes.

Appui et opposition des élites politiques aux réformes mettant en cause les marchés principaux

L'appui et l'opposition des élites politiques aux réformes qui mettent en cause des marchés principaux ne sont pas demeurés constants au fil du temps. Les prises de position des élites politiques semblent toujours avoir été motivées par les circonstances qui entouraient ces décisions. Certes, toute décision qui, au bout du compte, aurait eu pour effet de diminuer les ressources électorales ou financières d'un groupe particulier, ou de menacer son autonomie, a généralement suscité l'opposition du groupe en question (et vive-versa). Mais les prises de position des élites politiques sont aussi conditionnées par le dynamisme des forces qui soutiennent les marchés principaux.

Influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux

Les représentants du gouvernement fédéral semblent avoir été les plus influents lorsque les ressources électorales découlant des éléments de « paiement public » des marchés principaux entraient en jeu (par exemple, l'interdiction de la surfacturation par les médecins). Les associations de médecins semblent avoir été les plus influentes lorsque l'autonomie professionnelle qui découle des éléments « d'exercice de la médecine en cabinet privé » et de « rémunération à l'acte » du marché principal avec les médecins était en cause (par exemple, la réforme des soins primaires).

Mode d'influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux

Les représentants du gouvernement fédéral ont exercé directement leur influence en exprimant leur désaccord publiquement et derrière des portes closes, contribuant ainsi à créer, enchâsser et maintenir le volet « paiement public » des deux marchés principaux. Mais ils ont aussi tiré avantage indirectement de leurs sources d'influence, en suscitant une réaction d'anticipation de la part des représentants des gouvernements provinciaux : ces représentants prévoyaient une opposition et ils n'avaient pas l'impression de posséder les ressources politiques nécessaires pour l'affronter. Les associations de médecins ont aussi exercé directement et indirectement leur influence pour faire insérer le principe de la « pratique en cabinet privé » et de la « rémunération à l'acte » dans leur marché avec les gouvernements provinciaux. Les grèves de médecins ont été rares au Canada et, dans une large mesure, elles se sont soldées par un échec.

Les efforts d'intégration des services et leurs effets sur les élites politiques

Pendant la dernière décennie, plusieurs efforts d'intégration des services, plus particulièrement la régionalisation, ont eu des répercussions profondes sur l'autonomie des hôpitaux et ils ont probablement contribué à réduire davantage l'influence des associations d'hôpitaux sur les réformes qui mettent en cause les marchés principaux. Des efforts d'intégration des services comme des projets-pilotes de réforme des soins primaires et la régionalisation ont généralement permis de préserver l'autonomie des médecins, et ces derniers sont demeurés dans une large mesure les composantes fixes d'un système autour desquelles tout le reste a été chambardé. L'influence possible des associations de médecins sur les propositions subséquentes de réforme qui mettent en cause les marchés principaux semble avoir peu changé après une décennie d'efforts d'intégration des services.

Mises en garde

Dans cette étude, nous considérons l'influence des représentants du gouvernement fédéral, des associations de médecins et des associations d'hôpitaux sur des décisions qui mettrent en cause les marchés principaux avec les médecins et les hôpitaux. Mais les efforts de ces élites politiques dans d'autres domaines peuvent avoir des retombées importantes sur l'essence même de nos

systèmes de soins de santé provinciaux (c'est-à-dire, les services dispensés par les médecins et les hôpitaux). Notre étude contribue à attirer l'attention sur les élites politiques qui représentent un aspect important et souvent négligé dans la dynamique de la réforme des soins de santé. Mais leur rôle peut être surévalué. D'autres facteurs, comme l'opinion publique, les moyens scientifiques et les institutions politiques, exercent aussi une influence profonde sur la réforme des soins de santé.

Répercussions

En se basant sur cette analyse, nous proposons d'aller de l'avant en appliquant une stratégie en trois volets. Premièrement, il faut établir un engagement crédible entre le gouvernement fédéral et les provinces concernant l'élément « paiement public » des deux marchés principaux et de tout nouveau marché à l'étude (par exemple, les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile). La préoccupation la plus pressante concernant les soins de santé au Canada est la tendance des représentants provinciaux et fédéraux à se blâmer réciproquement, ce qui leur permet d'éviter de rendre des comptes (et, le cas échéant, d'être blâmés). Deuxièmement, il faut établir un engagement crédible entre les gouvernements provinciaux et les associations d'hôpitaux concernant les éléments d'autonomie professionnelle du marché principal avec les médecins. La deuxième préoccupation la plus pressante concernant les soins de santé au Canada est l'inaptitude des représentants des gouvernements provinciaux et des associations de médecins à concilier les fortes aspirations des médecins en matière d'autonomie professionnelle et les fortes préférences exprimées par de nombreux autres groupes en faveur de nouveaux modèles de prestation des soins primaires. Troisièmement, il faut planifier dès maintenant des moyens d'améliorer les possibilités et de réduire les contraintes pour la prochaine série de réforme des soins de santé en investissant dans la formation de nouveaux groupes (par exemple, des associations de soins infirmiers et de soins à domicile) pour leur permettre d'acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour faire contrepoids à l'influence d'élites politiques privilégiées par les réformes passées et actuelles.

Introduction

Les appels en faveur d'une réforme fondamentale des soins de santé au Canada se font nombreux et soutenus. Des commissions et des groupes de travail ont recommandé de multiples changements, dont l'intégration des services, l'imposition de frais modérateurs, une réforme des soins primaires et des pratiques fondées sur les résultats cliniques (voir, par exemple, Alberta – Premier's Advisory Council on Health, 2001; Québec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2001; Saskatchewan – Commission on Medicare, 2001). La population canadienne a commencé à réclamer des changements importants dans le système de soins de santé au début des années 90 – ce qui représente un changement d'attitude notable après avoir exprimé pendant de nombreuses années une satisfaction générale à l'égard du système, s'écartant ainsi de l'attitude de citoyens dans plusieurs autres pays (Donelan, Blendon, Schoen et coll., 1999). Mais une réforme s'est avérée difficile à réaliser (Lewis, Donaldson, Mitton et Currie, 2001). Dans d'autres pays, les universitaires et les médias ont souvent pointé du doigt les institutions politiques, notamment les multiples possibilités de veto dont les opposants peuvent se prévaloir pour faire échouer des efforts de réforme, de concert avec de puissants opposants aux réformes, comme un facteur explicatif de l'inertie (Immergut, 1992; Marmor, 2000; Morone, 1992). Au Canada, compte tenu de l'absence relative de possibilités de veto, les universitaires et les médias sont plus susceptibles d'identifier les élites politiques comme raison explicative de l'absence de réforme des soins de santé.

De quelles élites politiques s'agit-il et comment peuvent-elles influencer les perspectives de changement et les possibilités d'amélioration de la coopération pour réaliser ces changements ? Les élites peuvent comprendre des représentants gouvernementaux tant au niveau fédéral que provincial qui ne cessent de se blâmer réciproquement concernant les problèmes du système de santé : les représentants du gouvernement fédéral répètent continuellement à leur homologues provinciaux de mieux gérer le système, tandis que les représentants des gouvernements provinciaux rétorquent qu'ils ont besoin de ressources financières supplémentaires pour gérer correctement le système. Il est difficile de concevoir qu'on puisse parvenir à réaliser une réforme significative dans le contexte d'une telle dynamique, que certains ont qualifiée de « politique de faux-fuyants pour éviter le blâme » (Weaver, 1986; Pierson, 1995). Les élites peuvent aussi comprendre des représentants des associations dominantes de fournisseurs de soins de santé, notamment les associations de médecins et d'hôpitaux (et, plus récemment, les associations des régies régionales de la santé), ainsi que des représentants des industries biomédicales et des groupes de lutte contre des maladies précises. Une réforme significative qui met en cause ces groupes est considérée comme étant difficile à réaliser sans leur appui.

Dans cette étude, nous abordons la question générale suivante : « Comment les intérêts et les attitudes des élites politiques influencent-ils l'évolution du système de soins de santé, soit en faisant obstacle au changement ou en le facilitant » ? Plus précisément, nous examinons les quatre questions suivantes dans l'étude :

1. Quels sont les efforts majeurs de réforme (de nature tant structurelle que fondamentale) que les élites politiques ont généralement appuyés, quels sont ceux auxquels elles se sont opposées et quels sont les facteurs qui expliquent ces modes d'appui ou d'opposition ?

2. Quels sont les efforts majeurs de réforme (qu'il s'agisse de changements qui se sont produits et de la nature de ces changements) qui ont en général été les plus influencés par les élites politiques, quels sont ceux qui ont été les moins influencés par ces élites et quels sont les facteurs qui expliquent ces modes d'influence ou leur manque d'influence ?
3. Comment les élites politiques influencent-elles les efforts majeurs de réforme ?
4. Enfin, dans quelle mesure la régionalisation et d'autres stratégies d'intégration des services ont-elles contribué à modifier la façon et la mesure selon lesquelles les élites politiques influencent les efforts majeurs de réforme ?

Nous ne tentons toutefois pas d'évaluer dans cette étude l'importance relative que prennent les élites politiques par rapport à d'autres facteurs (comme l'opinion publique, les moyens scientifiques ou les institutions politiques) dans leur influence sur la réforme des soins de santé; l'objectif visé consiste à faire la lumière sur le rôle des élites politiques en tant que facteur important et souvent négligé dans la dynamique de la réforme des soins de santé.

L'étude des élites politiques

L'influence des élites politiques sur les changements dans le secteur des soins de santé peut varier considérablement en fonction du domaine considéré. Ainsi, les associations de médecins peuvent être particulièrement influentes lorsque les gouvernements provinciaux au pays considèrent d'apporter des modifications aux mécanismes de rémunération des médecins. Les compagnies pharmaceutiques peuvent exercer une influence considérable lorsqu'il est question de modifier la législation du gouvernement fédéral sur les brevets applicables aux médicaments d'ordonnance au Canada. Ces élites politiques ne se manifestent pas de façon spontanée car elles sont en grande partie le résultat d'un processus de création. Les réformes du passé ont contribué à favoriser certains groupes par rapport à d'autres et, au cours de longues périodes de temps, des groupes ont acquis des connaissances, des compétences et des ressources politiques pour occuper la place créée pour eux (Pierson, 1993; Pierson, 2000). Une association de médecins dans un système de soins de santé davantage axé sur les forces du marché, comme c'est le cas aux États-Unis, n'exerce qu'une influence minime lorsque des organisations de soins de santé intégrés envisagent de modifier le mode de rémunération des médecins. Par ailleurs, des compagnies pharmaceutiques ne possèdent que peu d'influence dans un pays qui ne dispose pas d'une industrie pharmaceutique importante avec des installations de recherche.

Notre étude met l'accent sur l'influence exercée par des élites politiques dans le cas de changements possibles à deux marchés principaux sur lesquels s'appuie l'assurance-santé par l'intermédiaire de la *Loi canadienne sur la santé* :

1. l'exercice de la médecine en cabinet privé par les médecins assorti d'un système de paiement (rémunération à l'acte) public (sans franchise, à un seul niveau) – ce que Taylor (1986) a appelé le marché « du cabinet privé et du paiement public »;
2. des hôpitaux privés (sans but lucratif) dotés d'un système de paiement public (sans franchise, à un seul niveau) – le marché « de la propriété privée et du paiement public ».

Les caractéristiques du système de paiement des deux marchés principaux sont les mêmes tant pour les soins dispensés par les médecins que pour ceux offerts par les hôpitaux : le partage des frais est interdit pour les services assurés (ce qui donne lieu à une couverture au premier dollar), comme l'est l'assurance privée pour couvrir ces services assurés (ce qui caractérise un système à un seul niveau). La plupart des médecins canadiens travaillent en cabinet privé et ils reçoivent une rémunération à l'acte. Parmi les exceptions, on compte les médecins qui travaillent pour des organisations comme les centres locaux de services sociaux au Québec ou les organisations de services de santé en Ontario. Presque tous les hôpitaux canadiens fonctionnent sous forme d'organismes à but non lucratif qui appartiennent à des collectivités locales ou à des organismes religieux de bienfaisance. Parmi les exceptions, mentionnons des établissements d'État comme les hôpitaux psychiatriques publics en voie d'élimination en Ontario et les établissements de chirurgie esthétique à but lucratif.

L'étude de l'influence des élites politiques sur les changements véritables et proposés à ces deux marchés principaux peut jeter un éclairage particulièrement révélateur sur l'aspect politique de la réforme des soins de santé au Canada. Ces marchés incarnent plusieurs valeurs

fondamentales auxquelles les Canadiens souscrivent : une aversion à l'égard des gens qui tirent avantage de la maladie des autres et une adhésion au principe de la répartition des soins de santé en fonction des besoins et non de la capacité et de la volonté de payer (Mendelsohn, 2002). Ces marchés écartent aussi la possibilité d'utiliser certaines politiques de rechange à l'étude comme l'imposition de droits d'utilisation et un système à deux vitesses pour des soins assurés dispensés par des médecins et par des hôpitaux; il faudrait donc rouvrir ces marchés avant de pouvoir mettre en application ces politiques de rechange. De plus, ces marchés exercent une influence sur la probabilité que des politiques de rechange apparemment non reliées puissent être adoptées : il est improbable, par exemple, qu'une intégration de services et des investissements technologiques majeurs dans les soins primaires puisse se réaliser si un grand nombre de médecins continuent à travailler en solo dans des cabinets privés.

Dans ce document, nous adoptons une méthode d'enquête fondée sur des études de cas pour analyser l'influence des élites politiques sur des changements véritables et proposés aux deux marchés principaux, en tirant des conclusions d'une enquête basée sur des études de cas détaillées de certains processus de prise de décision en matière de politique réalisées par d'autres analystes (Gray, 1991; Hacker, 1998; Maioni, 1995; Maioni, 1998; Naylor, 1986; Taylor, 1987; Tuohy, 1999). Un échantillonnage à partir des analyses politiques disponibles fut effectué en deux étapes : 1) des décisions mettant en cause un marché principal furent identifiées (pour un total de six décisions); et 2) des élites politiques pour lesquelles chacune des décisions représentait des avantages ou des coûts importants (généralement des associations de médecins et d'hôpitaux) furent identifiées. Des données sur l'appui ou l'opposition des élites politiques à l'égard de chacune des six décisions, et leur influence sur chacune d'entre elles, furent ensuite tirées d'analyses politiques. Mais, ce faisant, l'étude s'efforce de reconnaître le caractère dynamique de ces processus de prise de décision.

Cette approche soulève deux questions de définition. Premièrement, en quoi consiste une élite politique lorsque l'analyse porte sur des décisions qui mettent en cause les deux marchés principaux ? Un groupe peut comprendre une élite politique lorsque sa voix est privilégiée dans un débat concernant une modification à l'un des marchés principaux. Des associations de médecins comme l'Association médicale canadienne et les associations provinciales entrent sans aucun doute dans cette catégorie (tandis que les collèges de médecins provinciaux n'en font pas partie parce qu'ils sont des organismes de réglementation de la profession). Les associations d'hôpitaux entrent aussi dans cette catégorie. Mais un groupe n'a pas besoin d'être un intervenant pour être considéré comme une élite politique. Le gouvernement fédéral assume des responsabilités en tant que surveillant et source partielle de financement : sa voix est sans aucun doute privilégiée dans un débat portant sur un changement à apporter à l'un des marchés principaux, de sorte qu'on peut aussi le considérer comme une élite politique. Pour les besoins de notre étude, les gouvernements provinciaux ne sont toutefois pas considérés comme étant une élite politique, parce qu'ils représentent l'autorité ultime sur les services offerts par les médecins et les hôpitaux (comme le prévoit l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*). Les représentants des gouvernements provinciaux sont les décideurs que les élites politiques tentent d'influencer. Il est important de reconnaître que les groupes ne sont pas monolithiques tant dans le cas des élites politiques que dans celui des représentants des gouvernements provinciaux qu'ils essaient d'influencer : les associations de médecins et d'hôpitaux et les représentants gouvernementaux,

par exemple, sont constitués de sous-groupes qui peuvent avoir des opinions très différentes de celles de la faction dominante.

Deuxièmement, en quoi consiste une réforme des soins de santé lorsque l'analyse est axée sur des décisions mettant en cause les deux marchés principaux ? Pour simplifier, nous utilisons dans l'étude l'expression « réforme des soins de santé » pour désigner des changements apportés aux deux marchés principaux sur lesquels l'assurance-santé repose (c'est-à-dire, les marchés principaux conclus avec médecins et les hôpitaux). La question de savoir si ces changements représentent une réforme « majeure » ou « significative », s'il s'agit d'une bonne ou d'une mauvaise affaire, ou encore d'une possibilité probable ou éloignée, est laissée à la discrétion du lecteur. Mes collègues et moi-même avons soutenu dans une autre étude, en s'appuyant sur une analyse historique à caractère politique, que des changements incrémentiels offrent probablement un potentiel plus élevé à long terme pour une réforme des soins primaires, compte tenu du fait qu'une telle réforme est susceptible de nécessiter une reconsidération du marché principal conclu avec les médecins (Hutchison, Abelson et Lavis, 2001), une possibilité que nous avions jugée comme improbable à l'époque. Toutefois l'étude actuelle s'emploie à déterminer une vision des choses en s'appuyant sur une analyse fondée sur un horizon de temps plus étendu – un horizon de temps qui comprend des décisions de créer et de reconnaître les deux marchés principaux – et donc à identifier une optique qui pourra être utilisée pour établir s'il est possible de concevoir un nouveau marché politique et comment il sera possible de le faire.

Appui et opposition des élites politiques aux réformes mettant en cause les marchés principaux

Cinq décisions majeures concernant les systèmes provinciaux de santé au Canada ont mis en cause un marché principal (tableau 1). Dans le cas des trois décisions qui s'appliquaient à tous les systèmes de santé provinciaux, les représentants du gouvernement fédéral ont encaissé une série d'avantages (par exemple, le maintien au pouvoir avec un gouvernement minoritaire en 1966) et de coûts (par exemple, une forte augmentation des obligations financières en 1945). Dans le contexte des trois décisions qui mettaient en cause le marché principal avec les médecins, les membres des associations de médecins ont récolté une série d'avantages (par exemple, le paiement garanti des services offerts par les médecins en 1961 et dans le reste du pays en 1966) et une série de coûts (par exemple, une perte de revenu provenant de la surfacturation pour les services médicaux en 1984). Par ailleurs, dans le cas des deux décisions qui mettaient en cause le marché principal avec les hôpitaux, les membres des associations d'hôpitaux ont encaissé une série d'avantages (par exemple, le paiement garanti des services offerts par les hôpitaux en Saskatchewan en 1946 et dans le reste du pays en 1957) et une série de coûts (par exemple, la perte de revenu provenant des patients qui pouvaient se payer un niveau « plus élevé » de soins en 1957).

La proposition majeure qui n'a pas eu de suite aurait donné naissance à d'autres marchés mettant en cause les médicaments d'ordonnance, les soins à domicile et les soins dentaires. Les membres des associations d'entreprises pharmaceutiques, de soins infirmiers et de soins dentaires auraient encaissé une série d'avantages et/ou de coûts si l'on avait donné suite à cette recommandation. Mais comme ces élites politiques n'ont pas récolté une série d'avantages et de coûts dans le contexte de décisions subséquentes, le reste de notre analyse sera consacré aux représentants du gouvernement fédéral, des associations de médecins et des regroupements d'hôpitaux.

L'appui et l'opposition des élites politiques aux réformes qui mettent en cause des marchés principaux ne sont pas demeurés constants au fil du temps (tableau 1). Par exemple, les représentants du gouvernement fédéral se sont opposés faiblement *au départ* à l'établissement d'un marché de paiement public avec les hôpitaux, en bonne partie à cause de préoccupations concernant ses implications budgétaires. Mais ces représentants ont fini par appuyer faiblement le marché, lorsque la forte déclaration d'appui de l'Ontario a mis en relief des avantages électoraux qui dépassaient toutes leurs préoccupations financières. Les associations de médecins ont soutenu avec réticence ou du moins manifesté une opposition voilée à la proposition d'établir l'assurance-santé en 1945 et ils se sont opposés par la suite à toute réforme mettant en cause les marchés principaux.

Qu'est-ce qui explique les tendances des élites politiques à appuyer ou à dénoncer les réformes qui mettent en cause les marchés principaux ? Les prises de position des élites politiques semblent toujours avoir été motivées par les circonstances qui entouraient ces décisions. Certes, toute décision qui, au bout du compte, aurait eu pour effet de diminuer les ressources électorales ou financières d'un groupe particulier, ou de menacer son autonomie, a généralement suscité l'opposition du groupe en question. Il en est de même de l'inverse : toute

décision qui aurait eu pour effet d'augmenter les ressources électorales ou financières d'un groupe ou son autonomie a généralement reçu son appui. Mais plusieurs analystes politiques ont conclu que les prises de position des élites politiques sont aussi conditionnées par d'autres facteurs contextuels, notamment par le dynamisme des forces qui soutiennent les marchés principaux (Hacker, 1998; Maioni, 1998; Taylor, 1987; Tuohy, 1999). Ainsi, les associations de médecins ont offert un appui mitigé ou à tout le moins une opposition voilée à une proposition qui jouissait d'un vaste appui politique et populaire – la proposition concernant l'assurance-santé de 1945. Compte tenu des possibilités limitées de veto dans un système parlementaire comportant un régime de gouvernement de parti comme celui que nous avons au Canada, lorsqu'une décision précise parvient à obtenir un appui solide, il peut devenir à peu près impossible de s'y apposer ouvertement (Hacker, 1998; Maioni, 1998).

Mais, une mise en garde s'impose : il peut être difficile pour des analystes politiques de tirer des conclusions concernant l'appui et l'opposition des élites politiques à l'égard de réformes qui mettent en cause les marchés principaux. Le dossier historique peut parfois révéler un message très différent lorsque des groupes comme des représentants du gouvernement fédéral et des associations de médecins et d'hôpitaux détiennent des atouts privilégiés dans le processus de prise de décision, comme c'est le cas des décisions qui mettent en cause les marchés principaux. Ainsi, les représentants du gouvernement fédéral peuvent faire valoir leurs vues par l'intermédiaire de forums intergouvernementaux. Par ailleurs, les associations de médecins et d'hôpitaux ont souvent la possibilité de participer au processus de prise de décision par l'intermédiaire de « comités de gestion mixtes » en échange des renseignements et des connaissances spécialisées qu'elles peuvent apporter dans le processus et de l'appui de leurs membres après que la décision aura été prise. On a désigné cette forme de collaboration des élites par l'expression « réseau de pluralisme de la clientèle » (Coleman et Skogstad, 1990).

Tableau 1
Réactions des élites politiques aux grandes décisions ou recommandations touchant les marchés passés avec les médecins et les hôpitaux

Décisions[1]	Éléments principaux	Réaction face à la décision ou à la recommandation[2]		
		Représentants du gouvernement fédéral	Associations de médecins	Associations d'hôpitaux
Proposition d'assurance-santé (1945)	▪ Tentative infructueuse de mettre en place une couverture pour les soins dispensés par les généralistes, les soins infirmiers à domicile et les soins hospitaliers, et (ultérieurement) les soins offerts par les médecins spécialistes, les autres soins dispensés par les infirmières, les médicaments, les services de laboratoire et les services dentaires	Faible appui (par rapport à celui manifesté dans certaines provinces comme la Saskatchewan)	Faible appui	Faible appui
Saskatchewan Hospital Services Plan (1946)	▪ Établissement d'un régime de paiement public (au premier dollar, à un seul niveau) pour les soins hospitaliers ▪ Enchâssement du marché de la propriété privée et du paiement public pour les hôpitaux	Neutre	Faible opposition	Faible opposition
Régime d'assurance-hospitalisation (1957)	▪ Extension du régime public de soins de santé au reste du Canada	Faible opposition, suivie d'un faible appui (par rapport à celui manifesté dans certaines provinces comme l'Ontario)	Faible opposition	Faible opposition
Saskatchewan Medical Insurance Act (1961)	▪ Établissement d'un régime de paiement public (au premier dollar, à un seul niveau) pour les services dispensés par les médecins (rémunération à l'acte) ▪ Enchâssement du marché de l'exercice de la médecine en cabinet privé et du paiement public pour les médecins	Neutre	Forte opposition (dont une grève des médecins en 1962)	Non évalué
Loi sur les soins médicaux (1966)	▪ Extension du régime public de soins de santé au reste du Canada	Faible appui (par rapport à celui de partenaires de la coalition et de certaines provinces comme la Saskatchewan)	Faible opposition dans certaines provinces et forte opposition au Québec (dont une grève des médecins en 1971)	Non évalué
Loi canadienne sur la santé (1984)	▪ Interdiction de la surfacturation par les médecins (donc, réaffirmation du principe de la couverture au premier dollar pour les soins dispensés par les médecins) ▪ Enchâssement du marché de la pratique en cabinet privé et du paiement public pour les médecins	Solide appui	Faible opposition dans certaines provinces et forte opposition en Ontario (y compris une grève des médecins en 1986)	Non évalué

[1] Sources : Taylor (1987), Tuohy (1999).

[2] Sources : Gray (1991), Hacker (1998), Maioni (1995), Maioni (1998), Naylor (1986), Taylor (1987), Tuohy (1999).

Influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux

En dépit de l'opposition à la mise en place de marchés principaux (et de leur insertion dans la *Loi canadienne sur la santé*) et de l'appui dans certains milieux en faveur de la révocation de ces marchés, le marché avec les médecins (exercice de la médecine en cabinet privé assorti d'un système de paiement public) ainsi que celui avec les hôpitaux (établissements privés avec accès à un système de paiement public) sont demeurés intacts. La majorité des médecins continuent de travailler dans des cabinets privés et la vaste majorité des médecins choisissent de le faire. Presque tous les hôpitaux sont des établissements privés à but non lucratif. Les services assurés dispensés par les médecins et les hôpitaux continuent d'être payés par des régimes provinciaux d'assurance de soins de santé. Les médecins et (dans une certaine mesure) les hôpitaux demeurent les composantes fixes d'un système autour desquelles gravitent les autres éléments. Ce faisant, nous ne voulons pas laisser entendre que les ressources financières des médecins ainsi que l'autonomie et les ressources financières des hôpitaux n'ont pas connu de revers pendant les dernières décennies, mais nous soulignons plutôt que les marchés principaux se sont révélés particulièrement souples et ce, en bonne partie à cause de l'influence des élites politiques.

Deux groupes d'élites politiques semblent avoir influencé le plus profondément la mesure dans laquelle les réformes mettant en cause des marchés principaux se sont réalisées ainsi que la nature de ces changements (Gray, 1991; Hacker, 1998; Maioni, 1998; Taylor, 1987; Tuohy, 1999). Les représentants du gouvernement fédéral se sont prononcés en faveur de l'insertion des marchés principaux dans la Loi canadienne sur la santé de 1984 (notamment, le maintien du mode public de paiement pour les services médicaux et hospitaliers) et se sont opposés à la disparition d'un des éléments des marchés principaux (notamment, l'instauration de droits d'utilisation qui aurait mené à l'abandon de la couverture au premier dollar de ces services assurés). L'influence des associations de médecins s'est aussi fait sentir lorsqu'elles ont appuyé l'insertion d'éléments des marchés principaux (notamment, le maintien de l'exercice de la médecine en cabinet privé et la rémunération à l'acte dans la *Loi sur les soins médicaux* de 1966) et qu'elles se sont opposées à l'abrogation proposée d'un élément des marchés principaux (notamment la réforme des soins primaires qui mettait en cause un changement dans le mode de rémunération des médecins pour passer de la rémunération à l'acte à des honoraires fixés par tête). L'influence des associations d'hôpitaux a été beaucoup moins prononcée, notamment ces derniers temps. Leur influence n'a même pas été considérée explicitement dans les analyses politiques de la *Saskatchewan Medical Insurance Act* (1961), de la *Loi sur les soins médicaux* (1966) ou de la *Loi canadienne sur la santé* (1984).

Qu'est-ce qui explique le mode d'influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux ? Considérons, par exemple, les changements recommandés par des commissions et des groupes de travail récents (tableau 2). Le regroupement des changements en fonction de la catégorie de politiques (imitant en cela Lavis, Hurley, Ross et coll., 2002) ne jette pas un éclairage tellement révélateur sur la situation : des changements de politiques majeurs comme la régionalisation avaient autant de chance d'être mis en application que des changements à plus petite échelle, comme une révision aux portées des pratiques. Mais la détermination des changements mettant en cause l'un des deux marchés principaux qui ont été maintenus religieusement pendant plus de 30 ans donne des résultats concluants.

Tableau 2
Changements recommandés récemment par des commissions et des groupes de travail[1]

Catégorie de politiques	Changements proposés aux politiques	Marché politique mis en cause ?	Si le marché politique est mis en cause, qui peut perdre (gagner) quoi ?
Gouvernance	Régionalisation[2]	Non, à moins que les conseils des hôpitaux ne soient remplacés par des conseils régionaux	S/O
	Intégration des services[3]	Oui, s'il y a participation des médecins ou des hôpitaux	Les médecins et les hôpitaux pourraient perdre de l'autonomie
	Restructuration des hôpitaux[4]	Oui	Les hôpitaux pourraient perdre des ressources financières et de l'autonomie
	Modification à la combinaison publique/privée • Utilisation accrue de la prestation à but lucratif (une forme de privatisation)[5] • Hausse de la part du financement absorbée par les individus sous la forme de paiements en espèces ou de primes d'assurance privée (une autre forme de privatisation)[6] • Diminution de la part du financement absorbée par les individus sous forme de paiements en espèces ou de primes d'assurance privée (par exemple, produits pharmaceutiques et soins à domicile)[7]	Oui, s'il y a participation des hôpitaux Oui, s'il y a participation des médecins ou des hôpitaux Non	Les hôpitaux pourraient perdre des ressources financières Les médecins et les hôpitaux qui traitent des patients pauvres (riches) pourraient perdre (gagner) des ressources et les représentants du gouvernement fédéral pourraient perdre des ressources électorales S/O

[1] Pour une analyse des changements recommandés par des commissions et des groupes de travail dans un passé plus éloigné, voir Angus (1991) et Mhatre et Deber (1992).

[2] Voir, par exemple, Québec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) concernant la régionalisation au Québec, et Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990) concernant la régionalisation en Saskatchewan.

[3] Voir, par exemple, Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) concernant l'intégration des services par l'intermédiaire de réseaux de soins primaires en Saskatchewan.

[4] Voir, par exemple, Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990), et Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) concernant la restructuration des hôpitaux en Saskatchewan, et Ontario – Commission de restructuration des services de santé (2000) concernant la restructuration des hôpitaux en Ontario.

[5] Voir, par exemple, Canada – Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie (2001).

[6] Voir, par Modalités financières exemple, Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) concernant la hausse de la part du financement absorbée par les individus pour les soins dispensés par les médecins et les hôpitaux par l'intermédiaire d'une radiation de services et de l'imposition de primes variables.

[7] Voir, par exemple, Canada – Forum national sur la santé (1997) concernant une baisse de la part du financement absorbée par les individus pour les médicaments et les soins à domicile par l'intermédiaire de programmes nationaux, et Québec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001) concernant la diminution de la part du financement absorbée par les individus pour les soins à long terme par l'intermédiaire d'un nouveau programme d'assurance pour les soins à long terme.

	Droits d'utilisation[7,8]	Oui, s'il y a participation des médecins ou des hôpitaux	Les médecins et les hôpitaux qui traitent des patients pauvres (riches) pourraient perdre (gagner) des ressources et les représentants du gouvernement fédéral pourraient perdre des ressources électorales
	Deux vitesses[9,10]	Oui, s'il y a participation des médecins ou des hôpitaux	Les médecins et les hôpitaux qui traitent des patients pauvres (riches) pourraient perdre (gagner) des ressources et les représentants du gouvernement fédéral pourraient perdre des ressources électorales
Modalités de prestation	Réforme des soins primaires avec ou sans paiement fixé par tête pour les médecins[11]	Oui	Les médecins pourraient perdre des ressources financières et de l'autonomie
	Révision aux portées de la pratique[12]	Non	S/O
Contenu des programmes	Pratique fondée sur des résultats cliniques[13]	Non	S/O
	Promotion plus poussée de la santé	Non	S/O

8 Par définition, les droits d'utilisation représentent des frais pour le patient qui varient directement avec la quantité de services utilisés (le montant est d'autant plus élevé que la quantité de services utilisés augmente). On peut citer comme exemples un droit uniforme par service, la coassurance, des franchises, la désassurance, la surfacturation, des prestations imposables et des comptes d'épargne médicaux.

9 Voir, par exemple, Canada – Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie (2001) sur les options à deux vitesses au Canada.

10 Par définition, un système à deux vitesses est un régime qui permet aux patients de payer un supplément pour obtenir des soins dispensés par des médecins ou des hôpitaux plus rapidement, de meilleure qualité ou plus complets (c'est-à-dire, plus qu'un meilleur confort).

11 Voir, par exemple, Québec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) concernant une réforme des soins primaires qui met en cause des mécanismes de paiement de rechange au Québec, Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990) et Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) concernant une réforme des soins primaires qui met en cause des équipes interdisciplinaires en Saskatchewan, Québec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001) concernant une réforme des soins primaires qui met en cause des groupes de médecine familiale au Québec, et Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) concernant une réforme des soins primaires qui met en cause des mécanismes de paiement de rechange en Alberta.

12 Voir, par exemple, Ontario – Comité de révision des lois régissant les professions de la santé (1989) concernant une révision des portées de la pratique et une définition des portées de la pratique pour de nouvelles professions de la santé en Ontario.

13 Voir, par exemple, Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) concernant la nécessité d'établir un conseil de la qualité pour faciliter l'utilisation de pratiques fondées sur des résultats cliniques en Saskatchewan, et Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) concernant l'établissement d'objectifs pour faciliter l'utilisation de pratiques fondées sur des résultats cliniques en Alberta.

Les représentants du gouvernement fédéral semblent avoir été les plus influents lorsque les ressources électorales découlant des éléments de « paiement public » des marchés principaux entraient en jeu. Ils ont constamment repoussé les initiatives visant à hausser la part du financement absorbée par les individus par l'intermédiaire de paiements directs (c'est-à-dire, de droits d'utilisation) ou de primes d'assurance privée et/ou à créer un système à deux vitesses pour les soins médicaux et hospitaliers. Les sondages d'opinion indiquent clairement que ces initiatives seraient impopulaires auprès des électeurs (Mendelsohn, 2002). Comme il fallait s'y attendre, ces représentants ont été moins influents lorsque les avantages électoraux n'étaient pas tout aussi clairement définis, comme dans le cas de la réforme des soins primaires qui mettaient en cause un changement aux modes de rémunération des médecins. Les représentants du gouvernement fédéral ont créé une caisse de transition pour promouvoir l'innovation dans la prestation des soins primaires, mais les représentants des gouvernements provinciaux ont pris les décisions concernant les types de modèles qui seraient mis en application et évalués.

Les associations de médecins semblent avoir été les plus influentes lorsque l'autonomie professionnelle qui découle des éléments « d'exercice de la médecine en cabinet privé » et de « rémunération à l'acte » du marché principal avec les médecins était en cause. Par exemple, elles se sont opposées avec succès à tout effort de réforme qui aurait eu pour effet de modifier les modes de rémunération des médecins pour les faire passer de la rémunération à l'acte à des honoraires fixés par tête (Hutchison, Abelson et Lavis, 2001). Dans les faits, l'autonomie professionnelle des médecins a souffert beaucoup plus sous l'influence des acteurs privés aux États-Unis que sous celle des intervenants publics au Canada (Grumbach et Bodenheimer, 1990; Schlesinger, 2002). Les représentants des gouvernements provinciaux se sont constamment abstenus de prendre des décisions concernant des réformes qui pourraient compromettre le marché principal qui régit leurs relations avec les médecins. Ceci dit, ces représentants ont certes été enclins à contenir les coûts par le recours à un certain nombre de mécanismes qui visaient les médecins, ce qui constitue probablement le domaine dans lequel les associations de médecins ont eu le moins d'influence.

Modes d'influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux

Les élites politiques peuvent faire appel à leurs ressources politiques et financières pour influencer les réformes. Par exemple, les représentants du gouvernement fédéral peuvent s'adresser directement aux Canadiens pour parler des marchés principaux (un sujet dont plusieurs Canadiens veulent entendre parler), ils peuvent contrôler l'ordre du jour des conférences fédérales-provinciales-territoriales des ministres et des sous-ministres au cours desquelles les marchés principaux font l'objet de discussions et ils peuvent aussi tirer avantages des divisions parmi leurs homologues provinciaux sur des enjeux reliés aux marchés principaux. De plus, ils peuvent utiliser les importantes ressources financières dont ils disposent pour orienter les réformes mettant en cause les marchés principaux dans la direction qui leur convient. Les associations de médecins peuvent aussi compter sur plusieurs sources d'influence. Leurs membres, qui sont toujours considérés par de nombreux citoyens comme des intervenants écoutés qui agissent dans leur meilleur intérêt, parlent en tête-à-tête avec environ 78 pour cent des Canadiens chaque année (Institut canadien d'information sur la santé, 2002). De plus, les associations fédérales et provinciales de médecins possèdent d'importants budgets annuels qui peuvent être utilisés pour commander des sondages d'opinion et mener des campagnes de publicité. Les associations d'hôpitaux sont dans une situation relativement plus précaire : leurs membres n'ont ni l'autonomie professionnelle ni les contacts directs avec les patients dont jouissent les médecins, tandis que leurs budgets ne représentent qu'une faible fraction de ceux des associations de médecins.

Les élites politiques peuvent employer leurs ressources politiques et financières pour influencer les réformes selon l'une des trois façons suivantes. Premièrement, elles peuvent exercer très discrètement leur influence d'une façon indirecte en suscitant une réaction d'anticipation (Lindblom, 1982) de la part des représentants des gouvernements provinciaux (voir, par exemple, Maioni, 1998, p. 157). Les élites politiques peuvent être influentes même lorsqu'elles ne s'opposent pas ouvertement à une proposition de réforme, et il peut s'agir d'un type important et souvent ignoré de pouvoir politique (que Gaventa, 1980, qualifie de « deuxième dimension du pouvoir »). Il se peut que des propositions de réforme ne franchissent jamais l'étape de l'étude parce que les représentants des gouvernements provinciaux anticipent une opposition de la part des élites politiques (ce que Alford, 1974, qualifie « d'intérêts structurels dominants ») et qu'ils ont l'impression de ne pas posséder les ressources politiques nécessaires pour faire face à cette opposition. Deuxièmement, les élites politiques peuvent exercer un peu plus ouvertement leur influence de façon directe en exprimant leur opposition soit publiquement ou derrière des portes closes. Troisièmement, les élites politiques, bien que très rarement, exercent leur influence en ayant recours à des mesures plus extrêmes : en faisant la grève. Les deux dernières façons d'exercer une influence ont généralement été celles qui furent étudiées dans les analyses politiques, en bonne partie parce qu'elles se prêtent plus facilement à l'analyse.

Les représentants du gouvernement fédéral sont parvenus avec succès à puiser dans leurs ressources politiques et financières pour contribuer à créer, insérer et maintenir le volet « paiement public » des deux marchés principaux. Ils ont exercé directement leur influence en exprimant leur désaccord publiquement et derrière des portes closes au moment de la tenue,

par exemple, de conférences fédérales-provinciales-territoriales. Cependant, ils ont aussi tiré avantage indirectement de ces sources d'influence : les provinces sont généralement réticentes à proposer des réformes qui mettent en cause le volet paiement public des marchés principaux parce qu'elles savent que la réaction du gouvernement fédéral sera hostile. Mais on observe des exceptions à cette tendance générale : ainsi, il est arrivé parfois que l'Ontario et l'Alberta aient déterminé leur stratégie en se basant sur l'impression que l'avantage électoral de s'opposer à la position fédérale surpassait les risques de susciter une réaction hostile.

Les associations de médecins ont aussi fait appel à leurs ressources politiques et financières, mais ce fut surtout dans leur cas pour défendre le principe de la pratique de la médecine en cabinet privé et de la rémunération à l'acte dans leur marché avec les gouvernements provinciaux. Elles ont de plus exercé directement leur influence en exprimant leur opposition publiquement et derrière des portes closes dans des forums comme les comités de gestion mixtes que plusieurs gouvernements provinciaux ont établis de concert avec les associations de médecins dans le contexte de leur stratégie d'accommodement avec les élites. Et elles ont aussi tiré avantage indirectement de leurs ressources politiques et financières : les provinces se sont montrées hésitantes à proposer une réforme qui comportait l'abandon du principe de la pratique en cabinet privé et de la rémunération à l'acte. Les grèves de médecins ont toutefois été rares au Canada puisqu'on ne compte qu'une seule grève dans chaque cas en Saskatchewan, au Québec et en Ontario. Ces protestations ouvertes ne sont jamais parvenues à renverser une décision d'un gouvernement provincial et elles ont parfois compromis le respect que les Canadiens témoignent aux médecins, ce qui soulève le risque que les médecins perdent une importante source d'influence.

Les efforts d'intégration des services et leurs effets sur les élites politiques

Pendant la dernière décennie, certaines initiatives en matière de politiques, dont plusieurs furent motivées en bonne partie par une volonté d'intégrer les services, ont eu des répercussions profondes sur les hôpitaux. Plus précisément, la régionalisation s'est accompagnée dans plusieurs provinces du remplacement des conseils d'administration des hôpitaux par des conseils d'administration de régies régionales de la santé. Ce changement au chapitre de la gouvernance a contribué à modifier un élément essentiel du marché principal avec les hôpitaux : leur autonomie à titre d'établissements privés. Dans ces provinces, les hôpitaux ont continué d'être des établissements à but non lucratif financés par des fonds publics, mais les cadres et les gestionnaires des hôpitaux étaient désormais redevables de leurs actes à un conseil d'administration responsable de la santé de la population sur un territoire donné, et non au conseil d'administration d'un seul établissement responsable de la santé de la population desservie (généralement définie de façon ambiguë). Aucune analyse exhaustive n'a encore été réalisée pour déterminer si ce changement au chapitre de la gouvernance avait mené à des décisions différentes concernant les services hospitaliers.

Mais, même dans les provinces où la régionalisation ne s'est pas accompagnée du remplacement des conseils d'administration d'hôpitaux par des conseils de régies régionales de la santé et dans la seule province (Ontario) où la régionalisation ne fut pas instaurée, l'autonomie des hôpitaux fut compromise. En Ontario, par exemple, une Commission de restructuration des services de santé nommée par le gouvernement a fait fi de l'autonomie de plusieurs hôpitaux en imposant des fermetures, des conversions et des fusions forcées. De plus, le gouvernement de l'Ontario a nommé des administrateurs pour prendre en charge la gestion de plusieurs hôpitaux et il a eu recours récemment à cette mesure plus souvent que dans les décennies antérieures.

Malheureusement, il n'existe aucune analyse politique exhaustive de ces décisions en matière de gestion des hôpitaux pour déterminer si les associations d'hôpitaux se sont ralliées ou se sont opposées à ces décisions. Les associations d'hôpitaux semblent avoir eu peu d'effets tangibles sur la régionalisation et sur les formes qu'elle a prises dans différentes provinces, mais il faudrait confirmer cette impression à l'aide d'analyses de documents pertinents et d'entrevues avec les élites intéressées. Certains cadres d'hôpitaux ont fort bien pu appuyer une proposition de régionalisation si elle leur permettait d'obtenir ce qu'ils voulaient: une rémunération plus élevée (en supposant qu'ils furent nommés à des postes de direction comparables au sein de la nouvelle régie régionale de la santé). Les hôpitaux de l'Ontario ont peut-être joué un rôle dans la décision du gouvernement provincial de ne pas s'engager sur la voie de la régionalisation, mais leur autonomie était loin d'avoir été préservée lorsque le mandat de la Commission de restructuration des services de santé s'est terminé.

Par ailleurs, il n'existe aucune analyse politique de l'influence exercée par les associations d'hôpitaux (ou les régies régionales de la santé) sur les propositions de réforme subséquentes qui mettent en cause les marchés principaux. Certes, ces domaines ne sont pas de leur ressort. Par exemple, les associations d'hôpitaux et de régies régionales de la santé ne peuvent pas envisager de nouvelles modalités de financement (par exemple, des droits d'utilisation pour des

services offerts par les médecins et les hôpitaux) ou de nouveaux modes de rémunération et de prestation de services pour les médecins. Et les décisions en matière de gouvernance des hôpitaux prises pendant la dernière décennie ont eu pour effet, le cas échéant, de réduire davantage l'influence possible des associations d'hôpitaux sur les réformes qui mettent en cause les marchés principaux. Il semble que les représentants des régies régionales de la santé sont parvenus à former une élite politique possédant une certaine influence au Québec où elles ont eu plusieurs décennies pour acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour influencer certains aspects du processus de prise de décision, et le même phénomène se reproduit dans des provinces qui ont instauré une formule de régionalisation plus récemment, mais il faudrait aussi que l'influence des associations de régies régionales de la santé puisse être confirmée par des analyses de documents pertinents et des entrevues avec les élites intéressées.

Pendant la dernière décennie, une myriade de projets pilotes axés sur la réforme des soins primaires, dont plusieurs furent motivés en bonne partie par une volonté d'intégrer des services, furent lancés avec peu d'effets apparents sur le marché principal en vigueur avec les médecins (Hutchison, Abelson et Lavis, 2001). Ces projets ont généralement permis de préserver l'autonomie des médecins en leur laissant l'option de choisir s'ils voulaient participer à un projet et de quelle façon ils entendaient le faire, et en incluant fréquemment un volet de rémunération à l'acte dans une formule de rémunération intégrée. La régionalisation a aussi eu peu d'effet apparent sur le marché principal avec les médecins: les services des médecins furent exclus des enveloppes régionales de financement dans chacune des provinces canadiennes. Encore une fois, il n'existe aucune analyse politique de ces décisions en matière de régionalisation pour déterminer si les associations de médecins les ont soutenues ou combattues, mais les décisions furent certainement compatibles avec les aspirations des médecins en matière d'autonomie. Les médecins, mais pas toujours les hôpitaux, sont demeurés les composantes fixes d'un système autour desquelles tout le reste a été chambardé.

L'influence possible des associations de médecins sur les propositions subséquentes de réforme qui mettent en cause les marchés principaux semble avoir très peu changé après une décennie d'efforts d'intégration de service. Les projets-pilotes axés sur la réforme des soins primaires et les décisions en matière de régionalisation de la dernière décennie ont contribué à confirmer, s'il y a lieu, l'influence des associations de médecins sur les décisions qui mettent en cause le marché principal avec les médecins. Le seul changement qui pourrait diminuer cette influence au fil du temps est la question des préférences professionnelles des médecins, notamment parmi les femmes médecins qui représentent une proportion croissante de l'effectif des médecins (Woodward, Ferrier, Cohen et Brown, 2001).

Mises en garde

Dans cette étude, nous considérons l'influence des élites politiques qui ont récolté une série d'avantages et de coûts (c'est-à-dire, les représentants du gouvernement fédéral, les associations de médecins et les associations d'hôpitaux) dans le contexte de décisions qui mettent en cause les marchés principaux avec les médecins et les hôpitaux. De par son contenu, l'étude met l'accent sur un monde relativement « fermé » (Berry, 1989), bien qu'il s'agisse d'un milieu que les représentants des industries biomédicales et des groupes de lutte contre des maladies précises peuvent influencer à l'occasion. Certains groupes, comme ceux qui s'intéressent aux maladies cardiovasculaires et au cancer, tenteront peut-être d'avoir accès à ce monde fermé en mettant de l'argent dans des partenariats publics et privés. D'autres groupes, comme ceux qui s'intéressent au VIH ou au cancer du sein, tenteront peut-être de l'ouvrir sur l'extérieur afin de pouvoir eux aussi y participer (ce que Schattschneider, 1970, qualifie de « socialisation » du conflit). La plupart du temps, ces groupes continuent à s'intéresser à d'autres domaines, plus particulièrement aux soins primaires (par exemple, Hutchison, Abelson et Lavis, 2001), aux soins aux malades chroniques (par exemple, Baranek, Deber et Williams, 1999), aux services de réadaptation (par exemple, Gildiner, 2001) et aux médicaments d'ordonnance (notamment, Wiktorowicz et Deber, 1997).

Mais les efforts de ces élites politiques dans d'autres domaines peuvent avoir des retombées importantes sur l'essence même de nos systèmes de soins de santé provinciaux. Ainsi, des recherches récentes portant sur le secteur de la réadaptation, un segment du système de soins de santé qui a fait l'objet d'une privatisation massive (et, en grande partie, passive) dans des provinces comme l'Ontario au cours des 15 dernières années, ont mis en relief la façon dont une série de décisions prises par un groupe d'élites politiques ? les assureurs qui vendent de l'assurance-automobile, les employeurs qui versent des primes pour l'indemnisation des accidentés du travail, les entreprises de réadaptation à but lucratif qui offrent des soins de réadaptation et les gouvernements provinciaux ainsi que les organismes qui les réglementent ? ont contribué à la création d'un deuxième niveau de soins de réadaptation (Gildiner, 2001). Ce deuxième niveau est une option de dernier recours pour les personnes qui n'ont pas été victimes d'un accident d'automobile ou d'un accident de travail et qui n'ont pas les moyens de se payer les coûts complets des soins (c'est-à-dire, de nombreuses personnes qui ont été soignées pour des blessures graves par un médecin ou dans un hôpital).

Notre étude contribue à attirer l'attention sur les élites politiques qui représentent un aspect important et souvent négligé de la dynamique de la réforme des soins de santé. Mais leur rôle peut être exagéré. D'autres facteurs, comme l'opinion publique, les résultats de la recherche et les institutions politiques, exercent aussi une influence profonde sur la réforme des soins de santé. Ceci dit, nous possédons un arsenal croissant de connaissances scientifiques sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas, et nous avons des institutions politiques qui offrent au moins le potentiel de minimiser la capacité de groupes d'intérêts restreints d'exercer un veto sur des changements proposés. La question de savoir comment on peut au mieux se sortir des modes actuels d'engagement à l'égard des élites politiques mérite d'être considérée, même si ces élites ne représentent pas la seule influence qui agit sur la réforme des soins de santé.

Répercussions

En se fondant sur cette analyse, nous proposons d'aller de l'avant en appliquant une stratégie en trois volets. Premièrement, il y aurait lieu de conclure un engagement crédible entre le gouvernement fédéral et les provinces concernant l'élément « paiement public » des deux marchés principaux. La préoccupation la plus urgente concernant les soins de santé au Canada est la tendance des représentants fédéraux et provinciaux à se blâmer réciproquement, ce qui leur permet d'éviter de part et d'autre de rendre des comptes (et, dans certains cas, de jeter le blâme sur l'autre partie). Ces manœuvres existent depuis longtemps, mais il s'est produit une escalade ces dernières années, alors que les représentants de l'Ontario et de l'Alberta ont commencé à créer des problèmes, après avoir été des artisans de la résolution des problèmes au sein de la fédération. En conséquence, le jeu de la politique qui se déroulait au niveau sectoriel (où toute l'attention des artisans des politiques était axée sur les soins de santé) s'est transporté sur la scène nationale (où les relations fédérales-provinciales deviennent le point de mire, tandis que les soins de santé sont utilisés comme un ballon de football politique). Lorsqu'on consacre tellement d'énergie à se blâmer mutuellement, tout type de réforme significative devient alors difficile à réaliser

Un engagement crédible entre le gouvernement fédéral et les provinces devrait comporter des précisions concernant les volets « paiement public » des deux marchés principaux et de tout nouveau marché à l'étude. Par exemple, l'engagement devrait apporter des précisions dans les domaines suivants. Le régime de paiement public (couverture au premier dollar, un seul niveau) pour les services offerts par les médecins et les hôpitaux sera-t-il maintenu sous la forme précisée dans les deux marchés principaux ? Le régime de paiement public pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile (deux exemples possibles) sera-t-il inclus à titre de nouveaux marchés ? Enfin, il faudra clarifier le niveau ou la proportion du financement que le gouvernement fédéral accordera aux provinces et la nature de la responsabilité assumée par les gouvernements provinciaux pour la performance des systèmes provinciaux de santé que les représentants du gouvernement fédéral et la population sont raisonnablement en droit de s'attendre. Des esprits créateurs dans les ministères fédéraux et provinciaux des affaires intergouvernementales peuvent certainement concocter un engagement qui fera en sorte que les avantages politiques pour les deux parties de prendre un engagement seront supérieurs aux coûts politiques pour l'une ou l'autre des parties de se retirer de l'engagement ou de ne pas y souscrire. L'époque des faux-fuyants pour éviter le blâme est révolue.

Le deuxième pas en avant comporte aussi la conclusion d'un engagement crédible, dans ce cas-ci entre les gouvernements provinciaux et les associations de médecins, concernant les aspects de l'autonomie professionnelle du marché principal avec les médecins. Après le jeu des dénonciations réciproques entre les représentants du gouvernement fédéral et des provinces, l'autre préoccupation la plus pressante concernant les soins de santé au Canada est l'inaptitude des représentants des gouvernements provinciaux et des associations de médecins de concilier les fortes aspirations des médecins en matière d'autonomie professionnelle (qui répond à un objectif social important) et les fortes préférences exprimées par de nombreux groupes (y compris certains médecins) en faveur, disons, de modèles organisationnels qui facilitent l'accès à un éventail complet de soins de santé, à des mécanismes de financement qui comportent des incitations à l'établissement de modèles de prestation de services par équipe et de soins fondés

sur des résultats cliniques et des innovations technologiques qui permettront d'améliorer la qualité des pratiques de prescription de médicaments. Une réforme significative des soins primaires est difficile à réaliser lorsqu'on n'accorde pas d'attention à la question de l'autonomie professionnelle.

Un engagement crédible entre les gouvernements provinciaux et les associations de médecins devrait préciser les éléments proposés d'un nouveau marché principal avec les médecins. Par exemple, l'engagement devrait préciser le modèle organisationnel à l'intérieur duquel les médecins fonctionneront, les mécanismes de financement qui serviront à payer leur rémunération, la technologie à laquelle ils auront accès, les conditions de travail auxquelles ils peuvent s'attendre, les frais de transition uniques qui seront couverts et la nature de la responsabilité qu'ils assumeront pour la performance du système de soins primaires que les représentants des gouvernements provinciaux et la population sont raisonnablement en droit de s'attendre. Des esprits créateurs dans les ministères provinciaux de la santé et les associations de médecins peuvent certainement concocter un engagement qui fera en sorte que les avantages politiques pour les gouvernements provinciaux seront du même ordre que les avantages professionnels et financiers obtenus par les médecins.

Le troisième pas en avant comporte une planification dès maintenant des moyens d'améliorer les possibilités et de réduire les contraintes pour la prochaine série de réforme des soins de santé en investissant dans la formation de nouveaux groupes (par exemple, des associations de soins infirmiers et de soins à domicile) pour leur permettre d'acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour faire contrepoids à l'influence d'élites politiques privilégiées par les réformes passées et actuelles. Comme les associations de médecins l'ont si bien démontré au cours des 30 dernières années, des groupes peuvent acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour occuper la place créée pour eux. Mais, compte tenu de l'absence traditionnelle de possibilités pour les autres groupes de contribuer aux débats sur les réformes qui mettent en cause les marchés principaux avec les médecins et les hôpitaux, il faudra procéder à des investissements proactifs dans la formation pour permettre à ces groupes de se rattraper (Rachlis et Kushner, 1994). Des investissements dans des fonds de recherche en sciences infirmières et en transfert du savoir, comme celui qui existe à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, représentent un pas dans la bonne direction.

Conclusion

Deux marchés politiques, en place dans les deux cas depuis plus de 30 ans, ont eu une influence profonde sur l'orientation du système de soins de santé au Canada. Des changements qui auraient modifié significativement le marché politique avec les médecins n'ont pas vu le jour. Et des changements qui auraient eu pour effet de modifier considérablement le marché politique avec les hôpitaux ont aussi échoué en bonne partie, même si les associations d'hôpitaux ont perdu une partie de leur capacité, déjà limitée, d'influencer les représentants des gouvernements provinciaux au cours de cette période. Compte tenu des appels nombreux et soutenus en faveur d'une réforme significative des soins de santé au Canada de la part de commissions, de groupes de travail et de la population canadienne, le temps est peut-être venu d'agir en s'inspirant de ce que nous avons appris des efforts de réforme passés. Pour ce faire, il faudrait obtenir des engagements crédibles de la part des élites politiques qui ont beaucoup à perdre (et peut-être à gagner) d'une réouverture des marchés principaux. L'absence de tels engagements crédibles laissera les gouvernements provinciaux dans la situation où ils se trouvent depuis 30 ans : apporter des réformes à la « périphérie » du système, tout en laissant le « noyau » (soins dispensés par les médecins et les hôpitaux) essentiellement inchangé.

Bibliographie

Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001), *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*, gouvernement de l'Alberta, Edmonton.

Alford, Robert R. (1975), *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, University of Chicago Press, Chicago.

Angus, Douglas E. (1991), *Review of Significant Health Care Commissions and Task Forces in Canada Since 1983-84*, Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ottawa.

Baranek, Patricia M., Raisa Deber et Paul A. Williams (1999), « Policy trade-offs in 'home care': the Ontario example », *Administration publique du Canada*, vol. 42, n° 1, p. 69-92.

Berry, Jeffrey M. (1989), « Subgovernments, issue networks, and political conflict », dans l'ouvrage publié sous la direction de Richard A. Harris et Sidney M. Milkis, *Remaking American Politics*, Westview Press, Boulder, p. 239-260.

Canada – Forum national sur la santé (1997), *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier – Rapport final du Forum national sur la santé*, gouvernement du Canada, Ottawa.

Canada – Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie (2001), *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, rapport intérimaire, volume quatre – Questions et options*, gouvernement du Canada, Ottawa.

Coleman, William G. et Grace Skogstad (1990), *Policy Communities and Public Policy in Canada: A Structural Approach*, Copp Clark Pitman Ltd, Mississauga.

Donelan, Karen, Robert J. Blendon, Cathy Schoen et coll. (1999), « The cost of health system change: Public discontent in five nations », *Health Affairs*, vol. 18, n° 3, p. 206-216.

Gaventa, John (1980), « Power and participation », dans l'ouvrage, *Power and Powerlessness: Quiescence and Rebellion in an Appalachian Valley*, University of Illinois Press, Chicago, p. 3-32.

Gildiner, Alina (2001), *What's Past is Prologue: A Historical-Institutionalist Analysis of Public-Private Change in Ontario's Rehabilitation Health Sector, 1985-1999*, Graduate Department of Health Administration, Université de Toronto, Toronto.

Gray, Gwendolyn (1991), *Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia*, University of Toronto Press, Toronto.

Grumbach, Kevin et Thomas Bodenheimer (1990), « Reins or fences: A physician's view of cost containment », *Health Affairs*, hiver, p. 120-126.

Hacker, Jacob S. (1998), « The historical logic of national health insurance: Structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy », *Studies in American Political Development*, vol. 12, p. 57-130.

Hutchison, Brian, Julia Abelson et John N. Lavis (2001), « Primary care in Canada: So much innovation, so little change », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, p. 116-131.

Immergut, Ellen M. (1992), « The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden », dans l'ouvrage publié sous la direction de Sven Steinmo, Kathleen Thelen et Frank Longstreth, *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 57-89.

Institut canadien d'information sur la santé (2002), *Les soins de santé au Canada 2002*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.

Lavis, John N., Suzanne E. Ross, Jeremiah E. Hurley et coll. (2002), « Examining the role of health services research in public policymaking », *The Milbank Quarterly*, vol. 80, n° 1, p. 125-154.

Lewis, Steven, Cam Donaldson, Craig Mitton et Gillian Currie (2001), « The future of health care in Canada », *BMJ*, vol. 323, p. 926-929.

Lindblom, Charles E. (1982), « The market as prison », *Journal of Politics*, vol. 44, p. 324-336.

Maioni, Antonia (1995), « Nothing succeeds like the right kind of failure: Postwar national health insurance initiatives in Canada and the United States », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 20, n° 1, p. 5-30.

Maioni, Antonia (1998), *Parting at the Cross Roads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton University Press, Princeton.

Marmor, Theodore R. (2000), *The Politics of Medicare*, deuxième édition, Aldine De Gruyter, New York.

Mendelsohn, Matthew (2002), *Réflexion sur le système de santé : maintien du modèle canadien grâce à l'innovation*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Regina.

Mhatre, Sharmila L. et Raisa B. Deber (1992), « From equal access to health care to equitable access to health: A review of Canadian provincial health commissions and reports », *International Journal of Health Services*, vol. 22, n° 4, p. 645-668.

Morone, James A. (1992), « The bias of American politics: Rationing health care in a weak state », *University of Pennsylvania Law Review*, vol. 140, n° 5, p. 1923-1938.

Naylor, C. David (1986), *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance 1911-1966*, McGill-Queen's University Press, Kingston.

Ontario – Comité de révision des lois régissant les professions de la santé (1989), *Striking a New Balance: A Blueprint for the Regulation of Ontario's Health Professions*, gouvernement de l'Ontario, Toronto.

Ontario – Commission de restructuration des services de santé (2000), *Regard sur le passé, regard vers l'avenir : Commission de restructuration des services de santé (1996-2000) – Rapport de travail*, Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, Toronto.

Pierson, Paul (1993), « When effect becomes cause: Policy feedback and political change », *World Politics*, vol. 45, p. 595-628.

Pierson, Paul (1995), « Fragmented welfare states: Federal institutions and the development of social policy », *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, vol. 8, n° 4, p. 449-478

Pierson, Paul (2000), « Increasing returns, path dependence, and the study of politics », *American Political Science Review*, vol. 94, n° 2, p. 251-267.

Québec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988), *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, gouvernement du Québec, Québec.

Québec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001), *Les solutions émergentes*, gouvernement du Québec, Québec.

Rachlis, Michael et Carol Kushner (1994), « Getting from here to there: Strategies for success », *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*, Harper Perennial, Toronto.

Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990), *Future Directions for Health Care in Saskatchewan*, gouvernement de la Saskatchewan, Regina.

Saskatchewan – Commission on Medicare (2001), *Care for Medicare: Sustaining a Quality System*, gouvernement de la Saskatchewan, Regina.

Schattschneider, E. E. (1960), *The Semisovereign People: A Realist's View of Democracy in America*, The Dryden Press, Hinsdale.

Schlesinger, Mark (2002), « A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession », *The Milbank Quarterly*, vol. 80, n° 2, p. 185-235.

Taylor, Malcolm G. (1987), *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes*, McGill-Queen's University Press, Kingston.

Tuohy, Carolyn J. (1999), *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, Oxford University Press, New York.

Weaver, R. Kent (1986), « The politics of blame avoidance », *Journal of Public Policy*, vol. 6, n° 4, p. 371-398.

Wiktorowicz, Mary et Raisa Deber (1997), « Regulating biotechnology: A rational-political model of policy development », *Health Policy*, vol. 40, n° 2, p. 115-138.

Woodward Christel A., Barbara Ferrier, May Cohen et Judy Brown (2001), « Professional activity: How is family physicians' work time changing? », *Médecin de famille canadien,* vol. 47, p. 1414-1421.